

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

251

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

M. ANDRÉ THÉRY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ET DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL TENON

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Hangest-en-Santerre (Somme), le 28 Septembre 1884.

DE LA

PSYCHIATRIE D'URGENCE

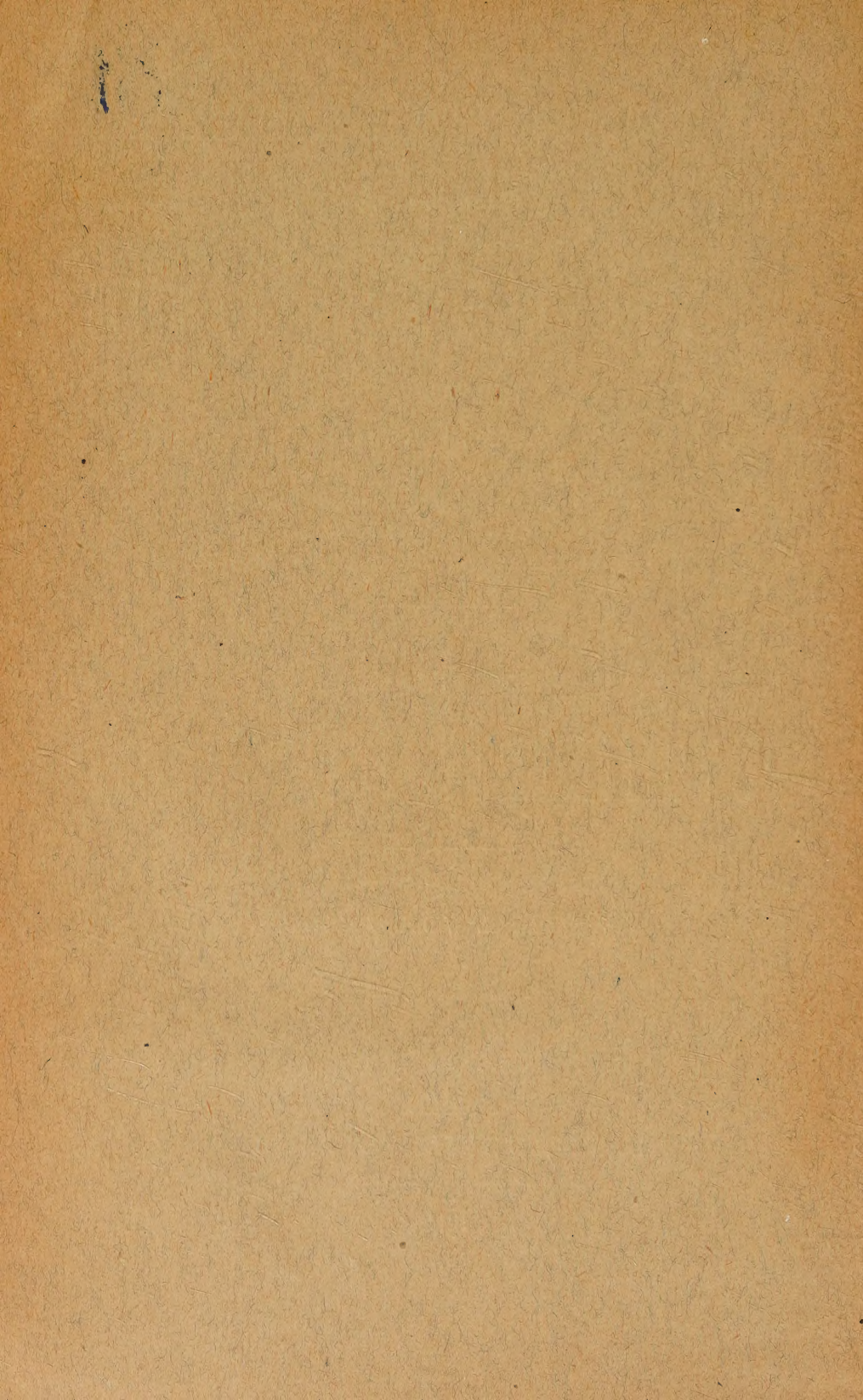
Président : M. WIDAL, Président.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

251

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. ANDRÉ THÉRY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ET DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL TENON

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Hangest-en-Santerre (Somme), le 28 Septembre 1884.

DE LA

PSYCHIATRIE D'URGENCE



Président : M. WIDAL, Président.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ WIDAL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	{ PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	{ HARTMANN.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ MARFAN.
Médecine légale.....	{ CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	{ THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ CHAUFFARD
	{ ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ GILBERT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	{ HUTINEL.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ GAUCHER.
	{ BALLET (Gilbert).
	{ N ..
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU.
	{ RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	{ SEGOND.
Clinique des voies urinaires.....	{ DELBET (Pierre).
	{ DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....	{ ALBARRAN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique.....	{ BAR.
Clinique chirurgicale infantile.....	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique thérapeutique.....	{ POZZI.
	{ KIRMISSON.
	{ ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGRE.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pier.e).	LERI.	RETTERRER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur WIDAL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552028_0001

AVANT-PROPOS

M. Dupré, médecin des hôpitaux et médecin en chef de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture, avait été notre maître durant une année d'externat. Nous souvenant à la fois de la précision et de l'affabilité de l'enseignement du maître, nous n'hésitâmes pas à demander à M. Dupré de vouloir bien nous guider dans le choix et la rédaction de notre thèse.

M. Dupré avait inauguré une série de ses conférences de médecine légale par un cours sur la psychiatrie d'urgence ; ce même sujet nous fut proposé, avec la permission de faire de larges emprunts à l'enseignement du maître.

Qu'il nous soit permis de remercier M. Dupré avec toute l'admiration et toute la sincérité de l'élève reconnaissant.

Avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici les maîtres dont nous fûmes successivement externe :

M. Arrou, alors chirurgien des enfants à Saint-Louis ; M. Barbier, médecin des enfants à Héroid ; M. Boissard, alors médecin en chef de la Maternité de Tenon ; M. Widal, professeur à la Faculté, médecin à Cochin ; M. Dupré, médecin de la Rochefoucauld, médecin en

chef de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture; M. Potherat, chirurgien de Broussais.

A tous nos maîtres, qu'il nous soit permis d'adresser le plus vif sentiment de déférence et de gratitude, pour les leçons qu'ils nous donnèrent. Il n'a tenu qu'à nous de nous laisser guider par eux et le meilleur vœu que nous puissions faire est de ne jamais nous écarter de la route qu'ils nous ont tracée.

Enfin, nous prions tout particulièrement M. Widal, professeur à la Faculté de médecine et notre maître à l'hôpital Cochin, de vouloir bien agréer notre infinie reconnaissance, en souvenir d'un enseignement magistral, dont la vive lumière éclaira nos études médicales. M. Widal ayant bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, c'est à notre satisfaction et à notre respect qu'il faut mesurer la sincérité de nos remerciements.

DE LA PSYCHIATRIE D'URGENCE

INTRODUCTION

A côté des nombreux problèmes que soulève l'étude approfondie de la psychiatrie et qui appartiennent au médecin spécialiste, il existe une véritable psychiatrie d'urgence qui rentre dans le cadre de la médecine générale. C'est l'exposé de la psychiatrie envisagée à ce point de vue que nous nous proposons d'entreprendre. Loin de nous la prétention d'écrire un traité de psychiatrie d'urgence comme il existe des traités de médecine et de chirurgie d'urgence, heureux seulement si notre insistance peut susciter un de ces traités, ou si quelques observations que nous rapporterons peuvent imposer cette idée qu'il est de toute nécessité d'intervenir auprès d'un aliéné, plus encore peut-être qu'auprès d'un malade qui saigne ou qui étouffe ; l'aliéné, en effet, peut attenter à sa propre vie et à celle d'autrui, et le médecin, appelé d'urgence, est non seulement responsable d'un malade en danger, mais encore d'un malade souvent dangereux. D'autres fois enfin, c'est un problème médico-légal qui

se pose et le rapport du médecin peut éviter la prison au malheureux à qui conviennent les soins de l'hôpital ou de l'asile.

Il nous a semblé, non seulement intéressant, mais éminemment utile de réunir, dans une vue d'ensemble, ces cas trop fréquents où l'individu perd la notion de ses actes ou de leur portée, ou bien n'a plus le libre arbitre d'y remédier ; la société a le devoir d'intervenir, non seulement pour protéger les siens, mais pour traiter le sujet qui n'est autre qu'un malade de la raison et pour le traiter en malade qui peut guérir. C'est une règle en effet, en psychiatrie comme peut-être en médecine générale, que les états aigus sont les plus susceptibles de guérison et cela d'autant plus que l'intervention est plus prompte. Le médecin ne doit donc pas être pris au dépourvu en présence de ces cas d'ont l'avenir peut dépendre de l'à-propos et de la rapidité d'une décision.

Bien que le début absolument brutal soit exceptionnel en affections psychopathiques, l'ignorance ou l'incurie de l'entourage, ou bien le soin jaloux, et en partie compréhensible, que met la famille à cacher les prodromes ou même à s'illusionner, ces habitudes font que le médecin, mandé trop tard, se trouve en présence d'un paroxysme, en pleine période d'état, au cœur de la tempête quand on lui met la barre en main. C'est dire assez combien il importe d'avoir quelques notions en psychiatrie d'urgence.

Nous nous proposons donc, en cette étude, de rapporter différentes observations classiques, d'une part, des cas aigus, soudains, dramatiques en psychiatrie, et d'autre part, certaines observations d'épisodes aigus ou de situations médico-légales critiques au cours de psycho-

pathies à évolution chronique. Nous discuterons ensuite le diagnostic et indiquerons la conduite à tenir.

Mais, avant d'entrer dans le cœur même du sujet, nous voudrions dire ici quelques mots de l'école où nous avons recueilli ces notions, enseignées d'une façon si claire et si affable par la parole de notre maître, le D^r Dupré ; nous voulons parler de cette école, unique au monde, pour apprendre la psychiâtrie d'urgence, c'est-à-dire : *l'Infirmerie spéciale de la Préfecture*.

Infirmerie spéciale de la Préfecture. — Au point de vue pittoresque, et d'après la description sincère de Motet, l'Infirmerie spéciale est « un sombre cabinet, où le jour n'entre qu'à peine, filtrant à travers d'épais barreaux, et où une seule chose rayonne, l'intelligence supérieure du maître. »

C'est là, en effet, que se succédèrent Lasègue, Legrand du Saulle et Garnier, prédécesseur du D^r Dupré ; là ces maîtres exercèrent l'activité clinique la plus avisée et la plus féconde qui ait jamais été mise au service de la médecine légale.

C'est ainsi que Lasègue put écrire ses mémorables pages sur l'alcoolisme subaigu et le délire de persécution.

C'est ainsi que Garnier étudia les diverses modalités de l'ivresse et qu'il en rapporta des exemples caractéristiques, dans cet opuscule, aussi rare qu'intéressant, la *Folie à Paris*.

Garnier, dans cet ouvrage, écrivait : « La clinique des maladies mentales, à l'Infirmerie spéciale, a un caractère qui est bien à elle, caractère qu'elle emprunte aux circonstances spéciales dans lesquelles le malade se présente à l'observation du médecin.

L'aliéné qu'on y amène aux fins d'examen est généralement au plein d'une phase agissante et démonstrative de sa folie. Il apporte là comme le reflet du milieu social, auquel hier encore il se trouvait mêlé.

Enfin, généralement moins irrité de la soudaine entrave apportée à sa liberté, qu'impatient de soumettre ses inquiétudes, ses griefs, ses réclamations, ses projets, il étale largement son moi maladif, heureux de trouver quelqu'un qui lui prête attention. Il y a là comme une sorte d'épanouissement du délire, qui rend ce premier examen spécialement intéressant et instructif. »

Au point de vue administratif, l'Infirmerie spéciale est cet organe particulier, annexe du grand Dépôt central de la Préfecture de police, destiné à recevoir des commissariats de police de Paris et de la Seine, et à permettre d'examiner rapidement et de diriger sur les destinations qui leur conviennent, les sujets suspects d'aliénation mentale.

Au point de vue psychiatrie d'urgence enfin, l'affluence des sujets envoyés à l'Infirmerie spéciale est telle qu'on peut évaluer à une moyenne de *plus de sept par jour* le nombre des examens à pratiquer et par conséquent des mesures à prendre. Or, l'Infirmerie spéciale ne dispose que de fort peu de place — en réalité on ne peut guère héberger qu'une vingtaine de malades au maximum — et, dans de telles conditions, la loi qui domine toute cette activité médicale est la loi de la *vitesse*. Sous peine d'encourir le dommage matériel de l'encombrement des locaux, et le reproche moral, plus grave encore, du moindre retard vis-à-vis des personnes confiées au soin du chef de service, il faut aller vite en besogne, sans

pourtant jamais oublier qu'il faut aller droit et faire bien.

Enfin, non seulement le pouvoir administratif impose à la science médicale du chef de service l'obligation des diagnostics rapides, en même temps que la responsabilité des décisions urgentes, mais encore il lui confie le soin d'éclairer les plus difficiles et les plus pressants problèmes de la pratique psychiatrique.

Toutes les variétés de la folie en effet, les plus communes comme les plus rares, les plus banales comme les plus insolites, les plus vraies comme les mieux simulées passent à l'Infirmierie spéciale dans un défilé interminable et toujours nouveau. « Aussi peut-on dire que cette Infirmierie spéciale, carrefour où se croisent et se rencontrent toutes les formes des aberrations de la mentalité, représente le véritable quartier général de la folie à Paris. » (Dupré).

D'après ce rapide aperçu du milieu, on peut comprendre quelle incomparable clinique constitue cette Infirmierie, unique dans son organisation et son fonctionnement, et quels trésors d'observation pratique elle apporte en fait de psychiatrie d'urgence. En effet, les malades y arrivent au moment même où la folie vient, par l'éclat de ses manifestations, de les arracher à leur existence coutumière, et on saisit pour ainsi dire à l'état naissant la folie, au moment précis et souvent dramatique, où le psychopathe, qui n'était jusqu'alors qu'un malade, entre, en troublant l'ordre public et la sécurité des personnes, dans le domaine médico-légal, et devient ainsi, au sens véritable du mot, un aliéné.

L'Infirmierie spéciale est enfin la clinique par excel-

lence où le médecin peut apprendre les indications et les contre-indications de l'internement. Or, les décisions qu'on peut y prendre à l'égard des malades sont les suivantes :

1° *L'internement* dans un asile — à Sainte-Anne. Ce mode d'internement constitue le placement d'office, réglé par les articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838.

2° *L'envoi à l'hôpital* — à l'Hôtel-Dieu, s'il s'agit d'un cas de pathologie interne, qui a momentanément revêtu le masque de la folie, et le cas se présente souvent, comme nous le verrons, dans les formes délirantes des encéphalopathies urémique, hépatique, pneumonique, etc.; au début de la fièvre typhoïde, au cours des affections organiques du cerveau et des méningites, etc.

3° *L'envoi dans un hospice* — à Nanterre, s'il s'agit d'un vagabond, d'un infirme, ou d'un de ces malheureux atteints de misère psychologique congénitale ou acquise, qui représentent la clientèle éternelle de l'Assistance publique sous toutes ses formes.

4° *L'ajournement au lendemain ou aux jours suivants*, dans les cas où un supplément d'observation est nécessaire, avant de se prononcer sur le cas et de décider de la mesure à prendre.

5° *La mise en liberté*, immédiate ou après mise en observation, lorsque l'état mental du sujet examiné est conciliable avec l'ordre public et la sûreté des personnes.

Tels sont les faits que nous avons cru devoir rapporter au sujet de l'Infirmierie spéciale du Dépôt, école de la psychiatrie d'urgence ; école dont les portes sont généralement ouvertes au monde médical.

CLINIQUE

En traitant de la psychiâtrie d'urgence au point de vue clinique, nous n'avons pas la prétention de passer en revue tous les cas possibles et imaginables, motivant une prompt intervention ; nous prendrons seulement les types cliniques les plus fréquents et les plus classiques. Une première division, d'ordre général, peut être faite, en cas franchement *aigus* d'une part, le plus souvent avec excitation, mais quelquefois aussi avec dépression, et en cas *chroniques* d'autre part, où l'urgence est motivée soit par un épisode aigu surajouté, soit, comme il arrive fréquemment, par une situation critique d'ordre médico-légal.

Cette distinction est d'ailleurs toute artificielle ; elle permet simplement une classification facile des différents cas de la psychiâtrie d'urgence. Il est évident, en effet, que nous ne séparerons pas de l'étude de l'alcoolisme aigu les quelques mots à dire sur l'alcoolisme chronique ; par contre, la paralysie générale, maladie essentiellement chronique et progressive, peut débiter par un état maniaque des plus aigus.

Quoi qu'il en soit, le grand pourvoyeur de la psychiâtrie d'urgence et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt étant,

sans contredit, l'alcoolisme, ce fléau international et surtout national, c'est par l'étude de l'*alcoolisme* que nous débiterons.

Vers 1890, dans une statistique des cas de folie examinés à l'Infirmierie spéciale, l'alcoolisme venait en tête, et Garnier écrivait : « Depuis quinze ans, la moyenne des cas de folie alcoolique a doublé. » Or, d'après les statistiques récentes, la folie alcoolique continue à croître dans les mêmes proportions.

Multiples, on le conçoit, sont les formes de l'alcoolisme ; cependant toutes ne nous retiendront pas également.

Dans son étude sur l'*Ivresse*, Garnier écrivait : « Lorsque l'alcool s'attaque à l'un de ces organismes défectueux, sur lesquels la tare héréditaire a marqué profondément son empreinte, il s'établit dans cette rencontre *hérédo-toxique*, qu'on me passe l'expression, un conflit dont les manifestations déconcertent si l'on méconnaît les circonstances spéciales qui avivent ce contact. » Garnier décrit ainsi les trois formes excito-motrice, hallucinatoire et délirante de l'ivresse.

« L'appoint alcoolique peut être faible ; la réaction est soudaine, brutale, dramatique, inconsciente ; le sujet s'endort et « le sommeil de l'homme endormi a guéri le cauchemar de l'homme éveillé. » (Dupré.)

Tel le cas, rapporté par Garnier, de ce sous-officier qui rentre ivre, croit voir sa femme couchée avec un homme, tire son sabre, perce le traversin à côté de sa femme, puis poursuit la malheureuse, épouvantée, qui se précipite par la fenêtre et tombe sur une véranda. On entre dans la chambre, on trouve le sous-officier endormi, son sabre à

la main et il lui est impossible de croire à ce qui vient de se passer.

Plus intéressant est l'*alcoolisme subaigu*, étudié par Lasègue à l'Infirmierie spéciale, et décrit en trois mémorables leçons dans les *Archives générales de médecine* de 1869.

« J'appelle — dit Lasègue — alcoolisme subaigu la forme apyrétique, exempte des grandes perturbations du système nerveux central, coma, fureur maniaque, etc., et des troubles de circulation locale ou générale qui accompagnent la fièvre alcoolique aiguë ; d'une durée qui excède rarement deux septénaires et qui, presque toujours, est de moins d'une semaine ; caractérisée par un état délirant assez particulier pour qu'à lui seul il permette d'affirmer la nature de la maladie, par un tremblement également caractéristique, par de l'insomnie et par des malaises digestifs plus ou moins accusés ; forme assez exactement définie, quoi qu'elle s'interpose entre l'acuité franche et la chronicité, pour autoriser un pronostic ; assez commune pour qu'elle réponde aux trois quarts des cas qu'il est donné d'observer. »

Le délire alcoolique, on ne saurait trop le répéter, n'est qu'un épisode aigu, au cours d'une intoxication habituelle, plus ou moins prolongée et chronique.

Fébrile ou non, le délire se montre comme un événement qu'il était possible d'escompter chez un individu qui présente des troubles gastriques, du tremblement des mains, et des cauchemars.

Il consiste essentiellement en des troubles hallucinatoires, visuels, multiples, mobiles, particulièrement pénibles et commandant des réactions motrices immé-

diates, avec exacerbation nocturne de l'agitation anxieuse (réactif de l'ombre, de Dupré).

Ce délire crée ainsi un état de rêve en action et de folie transitoire, extrêmement dangereux pour le malade et son entourage, à cause des réactions imprévues et violentes dont il s'accompagne : aussi l'alcoolisme subaigu est-il une des sources les plus importantes de situations médico-légales, et d'un grand intérêt en psychiatrie d'urgence.

Le malade présente enfin un état somatique très grave : tremblement, sueurs, souvent température, insuffisance hépato-rénale, respiration haletante, pouls rapide et petit, imminence de défaillance cardiaque et de collapsus. Dans cette situation critique, tout moyen de contention, tout retard à un traitement rationnel peuvent amener la mort à bref délai, en ataxo-adyynamie. Quelquefois même, le malade dont le pouls est filiforme, la langue fuligineuse, la température élevée, succombe avant que son évacuation soit possible.

Lasègue, le premier, a insisté sur le besoin qu'éprouve tout malade de se figurer en mouvement les objets imaginaires avec lesquels sa fantaisie le met en contact. « La fixité, dit-il, est incompatible avec les tendances délirantes de l'alcoolique subaigu, et, pour ce faire, il vivifie pour ainsi dire chacune de ses hallucinations ». Or, chacun des mouvements de son rêve hallucinatoire et terrifiant, l'alcoolique le suit des yeux, du geste, de la parole ; il interroge, réplique, discute ; il intervient soit en attaquant, soit en se défendant, soit en fuyant, éperdu. Garnier rapporte un grand nombre de ces raptus

panophobiques, au cours desquels le malade peut donner ou trouver la mort.

Jean F... s'imagine que Paris est en feu : « Comment pouvez-vous rester là quand tout flambe ? ». Il court d'un trait à Argenteuil : « Vous ne voyez donc pas les flammes ; ça pétille pourtant assez. »

Charles B... s'enfuit devant des gendarmes imaginaires : « Il s'agissait de gagner leurs chevaux de vitesse ; j'ai franchi je ne sais combien de haies vives ; j'ai traversé des taillis épais, impénétrables. Ça gênait les gendarmes qui étaient forcés de faire un détour. Puis la galopade recommençait. » B... fut trouvé, affaissé sur la route, le corps en sang, des lambeaux de chaussures aux pieds.

L'alcoolique subaigu fuit souvent ; mais il peut se défendre ou attaquer.

Pierre C..., taciturne, dîne avec trois de ses amis. Tout à coup il se saisit d'un couteau à découper, bondit sur ses camarades et les frappe avec acharnement... Le lendemain il explique qu'il avait pris ses amis pour des juges, qui venaient de le condamner à mort,

Pour bien juger ce que peuvent être les réactions de l'alcoolique subaigu, il faut relire Lasègue. L'alcoolique subaigu, dit-il, n'a aucune des impulsions maniaques qu'entraînent les formes suraiguës de l'intoxication (délirium tremens) ; calme ou anxieux sans violences, il semble avoir conservé assez d'empire sur lui-même pour s'en tenir à des divagations : bien inexpérimenté serait le médecin qui se fierait à ces apparences. Le maniaque quel qu'il soit ou, comme on l'appelle vulgairement, l'aliéné furieux avertit par avance du danger ; chacun de

ses gestes semble une menace et, même quand il doit rester inoffensif, il inspire aux assistants une terreur qui commande les précautions.

A l'inverse de l'opinion populaire, on pourrait dire que plus un aliéné conserve la raison, plus il est dangereux. Maître en quelque sorte d'une moitié de sa réflexion, il s'en sert pour mener à bonne fin des actes en conformité avec son délire. L'énergie qui lui eut peut-être manqué dans les conditions normales est fournie par la maladie ; la combinaison d'idées que réclame la préparation à agir devient possible à l'aide d'un reste d'intelligence ou persistante, ou qui s'éveille par intervalles. Si l'on veut bien se rappeler la facilité avec laquelle les alcooliques subaigus réussissent à suspendre le délire, la vivacité qu'ils apportent à reprendre leurs conceptions momentanément interrompues, on comprendra qu'ils soient aptes à passer de l'idée à sa réalisation.

D'un autre côté, pour que le délire sorte de la sphère purement imaginative, il faut que son programme soit à quelque degré exécutable. Il importe donc, sans faire de cette notion un critérium infaillible, de se représenter jusqu'à quel point le délire se maintient dans des aspirations réalisables, pour prévoir si le malade cédera devant l'énormité des obstacles ou se décidera à agir. Or, il est évident que l'alcoolique subaigu n'est pas indifférent envers ses hallucinations, il aspire à se délivrer d'influences hostiles et n'a guère, à son service, que deux moyens : ou faire disparaître objets ou gens, tout ce qui le tourmente, ou se soustraire au danger qu'il suppose par la mort volontaire. Ce sont là en effet les aboutis-

sants possibles aussi bien de l'alcoolisme subaigu que des formes maniaques. Le meurtre suppose un degré d'excitation presque incompatible avec le peu d'acuité de la maladie, à moins qu'il n'ait été provoqué par le concours de circonstances exceptionnelles. Le vol, l'escroquerie n'appartiennent pas à un mode délirant, où le malade n'a ni appétit, ni désirs, ni jouissances à satisfaire. Reste en première ligne le *suicide*.

* Ce suicide est encore plus fréquent dans la forme mélancolique de l'alcoolisme subaigu, forme qui peut du reste alterner, chez le même sujet, avec la forme maniaque. Mais, règle générale, tous les auteurs signalent, avec preuves, l'alcoolisme comme une des principales causes du suicide. D'après Magnan, on peut admettre, au bas mot, que, sur 1000 aliénés, 200 sont alcooliques et que, parmi eux, 20 ont fait des tentatives de suicide et 8 seulement des tentatives d'homicide. Encore, de cette statistique, ont été élagués les nombreux accidents du genre de celui-ci : tel alcoolique s' imagine être poursuivi, passe par la fenêtre croyant prendre la porte et se tue ; c'est un accident et non pas une tentative de suicide.

Lasègue avait déjà rapporté une longue suite d'observations d'alcoolisme subaigu avec tentatives de suicide. Ainsi donc l'alcoolique subaigu, trop occupé à poursuivre ses chimères ou à se détourner des chimères qui le poursuivent, ne tue pas ou tue exceptionnellement ; mais, d'une part, l'inquiétude constituant le fond obligé de son délire, d'autre part, incliné à conformer ses actes à ses dispositions anxieuses, la tendance au suicide est l'aboutissant le plus habituel de ses préoccupations ; elle survient subite, inattendue, sans que rien autorise à la

prévoir, et l'action suit immédiatement la résolution, provoquée par un incident qui, dans toute autre situation d'esprit, eut passé insignifiant. Enfin le mode de suicide n'est jamais compliqué : l'alcoolique qui se suicide se jette à l'eau, ou d'un lieu élevé, ou bien s'étrangle.

De toute cette étude sur l'alcoolisme subaigu, Lasègue concluait : « Enfin, et toujours parce qu'il n'est qu'un accident passager, l'alcoolisme subaigu doit être sûrement reconnu par le médecin, pour qu'il en affirme la nature et la prochaine guérison. Le confondre avec les folies durables et qui réclament des mesures décisives, ce serait commettre une lourde faute dont je n'ai pas besoin d'énumérer les fâcheuses conséquences. »

Motet, dans son analyse du mémoire de Lasègue, formule la conclusion pratique à déduire de ce travail. On doit presque pressentir, dit-il, toute l'importance des déductions pratiques qui en doivent découler ; la plus sérieuse de toutes est incontestablement celle-ci : « Il n'est pas nécessaire, dans l'immense majorité des cas, de faire admettre, dans des asiles d'aliénés, les individus atteints d'alcoolisme subaigu ; leur guérison est rapide et, pour l'obtenir, il suffit de l'isolement et du repos, qu'il est possible de leur assurer autrement que par une séquestration administrativement constatée. »

Malheureusement, la disparition des hallucinations et du délire n'est pas le retour complet à la santé ; le plus souvent, ces malades conservent encore quelques jours un état de malaise cérébral, un sommeil agité par des cauchemars, des troubles gastriques qui les poussent à de nouveaux excès et à une prompte rechute ; de sorte, qu'en réalité, dans l'état actuel des choses, ne possédant

pas de refuges ou d'hôpitaux spéciaux pour conserver le temps nécessaire à leur guérison complète cette catégorie d'alcoolisés, il est préférable, à notre avis, de les faire entrer dans les asiles. « Nous devons ajouter qu'il est parfois impossible, au moment de l'accès de délire alcoolique, de prévoir s'il sera suivi d'idées délirantes d'une certaine durée et que, de plus, au déclin de l'accès, celles-ci ne sont pas toujours faciles à apprécier. On s'exposerait donc à les méconnaître en ne prenant pas des mesures de précaution, ou bien en mettant trop hâtivement ces malades en liberté, dans les cas où leur séquestration aurait été affectuée. » (Magnan.)

Telle est l'étude de l'alcoolisme subaigu, le plus souvent poussée subaiguë au cours de l'alcoolisme chronique. Or, sur le fond essentiellement irritable et anormal de l'alcoolique chronique, il faut connaître l'éclosion fréquente d'un *délire de jalousie*, souvent très grave dans ses conséquences. Ce n'est pas tout, parfois, des poussées subaiguës, au cours de l'alcoolisme chronique peuvent se traduire, chez certains sujets, par l'apparition d'un *syndrome paralytique*, essentiellement fugace et instable. Le fait avait déjà été signalé par Lasègue et il faut bien se garder de confondre cette pseudo-paralysie générale avec la paralysie générale proprement dite, qu'elle simule plus ou moins complètement par l'incohérence, l'agitation, les idées de grandeur, la dysarthrie, le tremblement, la paresse des réactions papillaires, etc.

Quant à l'*alcoolisme aigu* ou *delirium tremens*, qui ne survient que chez l'alcoolique chronique, c'est un accident aigu, mais le plus souvent d'évolution transitoire

et bénigne. Le *delirium tremens* s'accompagne du tremblement généralisé, avec secousses fibrillaires, qui lui a donné son nom ; il est surtout fébrile, et cette fièvre qui fait un de ses caractères, qui en fait quelquefois la gravité, le range peut-être dans la catégorie des délires dus à des infections intercurrentes, si fréquentes chez les alcooliques. Il n'est pas besoin d'insister sur le tableau de l'alcoolique aigu dont la physionomie ardente, exaltée, dont les yeux injectés, la face rutilante, couverte de sueurs, dont les vociférations incohérentes laissent à peine une part à l'imprévu et dont la violence et la gravité des réactions motrices ne le cèdent guère qu'à l'épilepsie.

Nous en aurons terminé avec les manifestations aiguës de l'alcoolisme, lorsque nous aurons dit quelques mots de l'*alcoolisme associé*. Il est courant en effet, et grave, de voir l'alcoolisme combiné, soit aux différentes psychoses qu'il renforce, soit à l'imbécillité qu'il conduit à la démence, soit à la paralysie générale, au point que l'alcool a été longtemps regardé comme une cause possible de la paralysie, soit enfin à l'épilepsie essentielle. Cette dernière association fait de l'épileptique-alcoolique un malade des plus dangereux : il ajoute aux impulsions parfois si terribles qu'il tient de sa maladie, celles qu'il puise dans l'intoxication.

Il ne faut pas confondre cependant les crises comitiales de l'épileptique-alcoolique avec les accès épileptiformes dus à l'*absinthisme*. Quoique tout à fait semblables au point descriptif, ces accès diffèrent néanmoins par l'amnèse, l'évolution et le caractère même du délire.

La *manie aiguë* représente, après l'alcoolisme, un des états d'excitation le plus fréquemment observés à l'infirmerie spéciale.

La manie, considérée autrefois par Pinel comme l'espèce de folie la plus fréquente de toutes, est aujourd'hui considérée comme relativement rare.

C'est qu'il faut distinguer la manie essentielle, des états maniaques symptomatiques, au cours de la paralysie générale ou de l'épilepsie par exemple.

Malgré l'hyper-excitation qui la caractérise, la manie essentielle est, de toutes les maladies mentales, celle qui donne le plus rarement lieu à une expertise médico-légale ; car, d'une part, les crimes et délits y sont assez rares et, d'autre part, le maniaque, avec ses manifestations bruyantes, apparaît facilement, aux yeux de tous, comme un aliéné.

La manie est en effet l'expression la plus saisissante de la désorganisation psychique. Chez le maniaque, rien n'est dissimulé : tout au dehors, au grand jour et portes grandes ouvertes, telle est la formule du maniaque. Toutes ses facultés sont exaltées, toutes fonctionnent à la fois, sans méthode et, en quelque sorte, à haute expression ; aussi Esquirol a-t-il pu dire que : « le maniaque représente l'image du chaos, dont les éléments mis en mouvements se heurtent, se contrarient sans cesse pour augmenter le désordre ».

La physionomie est mobile, grimaçante ; les yeux surtout, à un moment hagards et remuants, un moment après pénétrants et fixes, reflètent l'exaltation et la rapide succession des pensées.

Les membres sont perpétuellement en mouvement ;

les malades sont poussés par une force instinctive et irrésistible à porter partout le désordre, à frapper, briser, déchirer autour d'eux. Dans les luttes qu'ils sont toujours prêts à engager, ils développent une force considérable.

Leurs propos sont grossiers, tumultueux, obscènes ; ils se succèdent sans interruption, avec une véhémence et une volubilité extrêmes. Cependant, comme l'a fort bien décrit Foville, si l'on se donne la peine de les écouter longuement, on finit par saisir assez souvent un certain rapport entre ce qu'ils disent et ce qu'ils ont entendu ou éprouvé immédiatement auparavant ; tantôt c'est un mot qui vient d'être prononcé et dont le sens provoque une idée, instantanément traduite en vociférations violentes ; tantôt ce n'est pas le sens du mot, mais sa simple consonance qui, par une sorte de calembourg, sert de point de départ à un nouvel ordre d'idées ou de propos, remplacé bientôt lui-même par un autre qui paraît au premier abord tout différent, mais qui, néanmoins, en dérive. Leurs idées ne sont donc pas réellement dissociées ; loin de là, la faculté d'association persiste, mais elle s'exerce si rapidement que l'esprit du malade arrive d'emblée, par un seul bond, à une conclusion à laquelle l'homme sain ne serait parvenu qu'après des transitions plus ou moins longues.

Comme l'a très bien fait remarquer Baillarger, l'un des caractères qui donne aux propos cette apparence incohérente, c'est la suppression des propositions intermédiaires.

Les hallucinations sont rares dans la manie essentielle. L'un des symptômes les plus habituels et les plus opiniâtres est l'absence de sommeil : le maniaque dort quand

il peut et où il peut ; il n'y a plus pour lui ni jour, ni nuit.

Cet état d'excitation extravagante, qui compromet souvent l'ordre public et la sécurité des personnes, peut également devenir un danger pour le malade lui-même, en l'exposant à des traumatismes parfois graves, ou en aboutissant à un état d'épuisement plus ou moins aigu. Mais, dans la plupart des cas, c'est pour faire cesser le scandale provoqué par son attitude et ses propos, et pour éviter la possibilité d'attentats contre les personnes que l'évacuation du malade s'impose.

A côté des maniaques aigus que nous venons de décrire, il existe nombre de sujets en état d'*hypomanie*. Chez eux, la simple excitation maniaque ne va pas jusqu'à compromettre la sécurité des personnes, mais elle les pousse à des excentricités, des obscénités capables d'attenter à la tranquillité ou la pudeur publiques. Or, ces malades, comme les précédents, doivent être isolés du milieu social qui multiplie ces occasions d'actes regrettables ou scandaleux, et, le plus souvent, internés ; on leur épargne ainsi, non seulement la fâcheuse notoriété d'un scandale public, mais souvent la tare d'une poursuite judiciaire et d'une condamnation.

En effet, parmi les *aliénés méconnus et condamnés* par les tribunaux, le nombre ne se compte pas des malades en état d'hypomanie, qui, dans les prodromes de leur excitation, ont été arrêtés, jugés et condamnés pour les délits de : outrage et rébellion, bris de clôture, attentats aux mœurs ou contre les personnes, violences, etc.

« Certains malades enfin présentent un état mixte d'agitation maniaque et de confusion mentale. Cette

association syndromique est réalisée par la coexistence, dans l'étiologie des accidents, d'un accès maniaque d'une part, et, d'autre part, d'un élément infectieux ou toxique (alcoolisme, fatigue, épuisement) dont les effets se combinent dans le tableau clinique de la *manie confusionnelle*, parfois hallucinatoire et délirante. L'accès de Charles VI, dans la forêt du Mans, peut être cité comme un exemple historique de ce complexe symptomatique » (Dupré).

L'*épilepsie* est une névrose, ou plus exactement une psycho-névrose, à paroxysmes caractérisés par des accès intermittents, avec perte de connaissance, accès qui peuvent se montrer sous forme d'attaques convulsives, de vertiges, d'absences ou de délire spécial (*épilepsie larvée*).

Nous ne parlerons pas ici des accès classiques, avec chute du sujet, et dont on connaît la gravité lorsqu'ils se produisent à proximité d'un endroit dangereux, accès qui sont comme la marque spécifique de la nature comitiale des accidents et qu'il faut toujours rechercher dans l'anamnèse. Mais il faut connaître la fréquence, le polymorphisme et la gravité des manifestations psychiques de l'épilepsie, que ces manifestations surviennent pendant l'aura ou après la crise convulsive, ou enfin qu'elles éclatent à titre *d'équivalent*, soit interparoxysmique, soit même sans accidents convulsifs saisissables dans le passé de l'individu. Le mal épileptique, en effet, est une affection bien plus fertile en accidents psychiques qu'en troubles nerveux ; elle se présente plus souvent à l'observation des aliénistes que des neurologistes,

et la psycho-névrose épileptique est plus encore une psychose qu'une névrose.

L'épilepsie, par les troubles intellectuels qui l'accompagnent, est une des maladies mentales qui soulèvent les problèmes les plus ardues de la médecine légale. Sans doute, lorsqu'une attaque vient brutalement frapper un sujet, que celui-ci, ne tenant compte ni du lieu, ni du temps, ni des moyens, accomplit, aussitôt après la crise, un de ces délits, un de ces crimes que rien ne motive, dont l'imprévu, l'étrangeté, la soudaineté, dénotant l'absence de toute volonté, révèlent aux yeux les moins clairvoyants le caractère maladif, rien n'est plus simple assurément. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et si l'épilepsie bruyante, tapageuse, attire forcément les regards, dans ses manifestations les plus étendues, d'autres fois, au contraire, elle est silencieuse, sournoise dans ses allures ; tantôt retirée, solitaire elle ne se produit que la nuit et peut rester méconnue ; tantôt elle se montre au grand jour, mais si atténuée qu'elle est à peine remarquée par les gens qui entourent le patient ; quant à lui, il ignore absolument qu'il est atteint de la plus affreuse maladie.

Tel est le cas où les paroxysmes de la grande névrose se traduisent par des *vertiges*, sans spasmes musculaires, par des *absences*, dans lesquelles une éclipse momentanée du moi laisse à l'automatisme toute son action aveugle. Cet automatisme, qui n'est autre que l'accomplissement d'actes, sans intervention de la conscience, se trouve néanmoins sollicité, soit par la continuation ou la répétition d'une action familière au malade, dont l'exécution est devenue machinale, soit par le réveil de

sensations passées, d'images mnémoniques recueillies par les centres respectifs encéphaliques. Cet automatisme enfin, comme nous le verrons, peut entraîner les plus tragiques situations.

Quant aux impulsions liées à l'épilepsie, elles ont un caractère de fatale irrésistibilité qui dépasse de beaucoup la ténacité parfois si opiniâtre du mélancolique halluciné à se suicider ou à frapper son entourage, et, d'une manière générale, les tendances impulsives de tous les autres délirants. Elles ont de plus quelque chose de terrible et d'étrange, c'est l'inconscience absolue du malade dans la plupart des cas : l'épileptique, involontairement, automatiquement, frappe ou tue et s'acharne sur sa victime, très surpris, après l'accès, des scènes si souvent dramatiques dont il vient d'être l'auteur.

Est-il besoin d'ajouter néanmoins que ce serait une très grave erreur de prendre tous les épileptiques pour des aliénés.

Après avoir étudié la psychose épileptique dans son ensemble, nous allons l'étudier en détail.

Les modifications du caractère, précédant l'attaque, ont, de tout temps, été remarquées par les personnes appelées à vivre auprès des épileptiques. Or, assez souvent, le malade présente un état d'*irritabilité* particulier qui, chez d'autres épileptiques, persiste à l'état chronique : il devient hargneux, irascible, emporté, la moindre contradiction, l'incident le plus insignifiant deviennent motif d'injures ou de violences, parfois même, sans nulle provocation, il entre dans des accès de colère et de fureur, souvent dangereux.

Pendant l'attaque même, on peut observer, à titre

d'équivalent psychique, d'épilepsie larvée, un délire paroxystique, intense, inconscient, à début et à terminaison brusques. Tel le cas rapporté par M. Magnan :

« Par une nuit d'orage, un garçon de 18 ans, Philibert, se lève, marche dans sa chambre, s'exalte, parle avec emphase, prétend assister à la création et, le matin, à cinq heures, il descend nus pieds, armé d'un couteau qu'il a pris dans la cuisine, il sort dans la rue, frappe mortellement un malheureux ouvrier qui se trouve sur son passage et continue sa route, le couteau ensanglanté à la main ». Au bout de six jours, à Sainte-Anne, l'accès prend fin, le calme et la lucidité reviennent, mais Philibert ne se souvient absolument de rien.

Tel est cet état, connu encore sous le nom de folie instantanée ou transitoire ; il peut, comme nous venons de le voir, se montrer avant la crise ou la remplacer, mais c'est surtout après la crise qu'il apparaît le plus habituellement. Ses manifestations sont toujours des plus graves, et quelque long que soit le délire, il est toujours inconscient. Quant aux impulsions qui l'accompagnent, elles se produisent surtout chez les dégénérés, ou bien à l'occasion d'une infection, d'une intoxication, de l'alcoolisme surajouté.

L'expérience a démontré, depuis longtemps, que le vertige, que l'absence, qui sont les symptômes en apparence les plus bénins, altéraient plus promptement et plus profondément l'intelligence que la grande attaque elle-même.

L'automatisme enfin joue un grand rôle dans la genèse des accidents.

On pourrait multiplier les exemples :

Un nommé B..., après une *absence*, dans la rue, arrache la montre du gilet d'un passant et s'éloigne, la jetant dans le ruisseau.

Un faucheur aiguisant sa faux, surpris par un vertige, continue, *automatiquement*, son mouvement de va-et-vient et se fait de cruelles blessures.

La femme P..., en faisant sa chambre, avait replié son matelas et déposé son enfant sur la moitié découverte du lit ; prise d'un vertige, elle rabat, *automatiquement*, le matelas sur son enfant et l'asphyxie.

Jusqu'ici nous avons vu l'automatisme dans les actes, mais il existe aussi dans l'ordre des idées. Qu'un épileptique pense vaguement à des idées de suicide et qu'un vertige le prenne, son esprit continue automatiquement le travail commencé et, presque fatalement, une tentative de suicide, du reste absolument inconsciente, va s'en suivre.

En général, on ne doit pas trop se hâter de rendre à la liberté un épileptique qui, dans ses accès précédents, a commis quelques violences, car il ne faut pas oublier qu'il est susceptible d'en commettre d'autres dans des circonstances analogues.

Cela est surtout vrai pour les *grands accès délirants* de l'épilepsie, que nous allons étudier maintenant.

Ces grands accès délirants, qui ne diffèrent des accès momentanés que par leur durée et leur intensité plus grandes, suivent en général une série d'attaques (Falret) ; toutefois ils peuvent se produire après un simple vertige.

Ces accès, à début brusque, arrivent tantôt immédiatement après l'attaque, tantôt au bout de quelques heures et peuvent se prolonger quinze jours ou même trois semaines.

Le « grand mal intellectuel », de Falret, se présente sous les dehors de la manie ou de la mélancolie, avec délire général et excitation. Habituellement cependant le délire est plus suivi que dans la manie, fait d'autant plus surprenant que l'inconscience est ici absolue.

Chez quelques épileptiques, le délire, d'abord général, tend à se circonscrire en un délire partiel, le plus souvent à forme mystique, mais aussi érotique, ambitieux ou de persécution. Enfin ce délire s'accompagne presque toujours d'hallucinations, qui sont le point de départ des actes impulsifs les plus graves et, vu la perte de conscience, absolument réflexes.

Magnan en rapporte une observation caractéristique :

« Dans la nuit du 26 juillet, un grand bruit, des cris, des chants religieux se font entendre dans une soupenote occupée par deux jeunes gens, employés dans une crèmerie ; une bonne qui couchait à côté s'empresse d'accourir, et, à travers la porte, elle voit l'un des garçons, Auguste P..., 17 ans, armé d'un pilon, frappant à coups redoublés sur la tête de son camarade, qui expirait en quelques minutes ».

Auguste P... était un simple vertigineux (1).

Souvent, il arrive que des épileptiques, pendant leur folie, fassent de longues routes, sans pouvoir, une fois revenus à eux, donner aucun renseignement sur le chemin qu'ils ont suivi, ni le motif qui les poussait à le suivre.

Tel est ce cas d'un habitant de Poitiers, qui, véritable *automate ambulateur*, prend un billet de chemin de fer et vient à Paris, se faire arrêter pour violences.

(1) Auguste P..., soigné, amélioré, a été remis en liberté.

Comme toujours, ces deux caractères communs : l'inconscience et la soudaineté, se retrouvent dans les fugues et les cas d'automatisme ambulatoire de l'épileptique ; mais ces états sont d'autant plus bizarres que, souvent, les malades, répondant aux questions avec les apparences de la lucidité, peuvent en imposer à un observateur inattentif ou inexercé. Tel ce tailleur, arrêté pour vagabondage, qui répond exactement aux gendarmes et qui, à l'audience, se met, sans nul motif, à injurier le procureur de la République. Les magistrats, séance tenante, le condamnent pour ce fait à deux ans de prison.

Peut-on ne pas être frappé de la lucidité apparente de cet autre malade qui, dans son délire épileptique, prétendait que Dieu était un anagramme composé de quatre lettres : le D, disait-il, signifie destin ; l'I représente l'idée ; E éternité et U l'unité.

Parfois enfin, les épileptiques arrivent à commettre des vols, poussés par le besoin, et ils sont dans la misère non par inconduite ou par paresse, mais parce qu'en raison de leurs attaques convulsives on les renvoie de tous les ateliers, de tous les chantiers, et ces malheureux relèvent ainsi de l'Assistance publique.

Ce n'est pas tout, l'épilepsie peut encore être, et elle est en réalité, souvent associée.

Les idiots épileptiques sont très fréquents.

De même les épileptiques-alcooliques. Après une crise de délire mixte, l'épileptique-alcoolique raconte avec soin toutes les perceptions illusoire du délire alcoolique, mais il est incapable de se rappeler par exemple les idées mystiques qu'il a émises.

Un persécuté-alcoolique, Charles N. . . , se déshabille dans l'église Saint-Roch « pour aller au ciel », il n'a aucune souvenance de ce fait, mais il est averti, par ses hallucinations auditives, que son fils l'a fait enfermer pour le voler.

L'épilepsie peut donc se combiner à d'autres troubles intellectuels ; on ne voit pas en effet pourquoi la morbus sacer déterminerait une immunité pour d'autres psychopathies. Il faut toujours penser, au contraire, à la possibilité de ces états hybrides, qui constituent une des formes les plus graves de la folie et sont toujours d'un diagnostic très difficile, mais pourtant nécessaire à déterminer au point de vue thérapeutique.

Dans la plupart des cas, vu la gravité des accidents et l'inconscience complète du sujet, l'isolement, sinon l'internement, s'impose d'urgence.

Le bromure, médicament spécifique de l'épilepsie, prend d'autant plus les caractères du médicament d'urgence, que c'est au début qu'il produit les meilleurs effets.

La surveillance doit être étroite, car on connaît la soudaineté des réactions de l'épileptique. Mais, ce dont il faut surtout se méfier, chez les épileptiques agités, c'est de la méthode de coercition.

« Cette méthode, écrit M. Dupré, a fait jadis d'innombrables victimes. C'est elle qui, lorsqu'elle ne tuait pas le malade, portait à son comble l'exaspération et la violence des réactions motrices, et créait ainsi de toutes pièces l'état de fureur épileptique. Ce syndrome, en grande partie d'origine artificielle, est devenu de nos jours, grâce à l'abolition des moyens de contention,

beaucoup plus rare. Il ne s'observe plus que chez certains épileptiques à caractère constitutionnel très violent, ou encore chez les épileptiques alcoolisés ».

Après l'étude de la manie et des états maniaques symptomatiques au cours de l'alcoolisme et de l'épilepsie, nous devrions placer ici l'étude de *l'excitation symptomatique des encéphalopathies organiques*, parmi lesquelles il convient de mettre, au premier rang, la paralysie générale.

Cependant, les états maniaques du début de la paralysie générale, ordinairement moins graves que les précédents, et prenant, au fond démentiel sur lequel ils évoluent, des caractères spéciaux, nous reporterons leur étude dans une vue d'ensemble de la démence paralytique, affection essentiellement chronique.

Nous nous bornerons ici à mentionner en passant la possibilité d'accidents psychopathiques aigus, au cours de diverses affections organiques des méninges et du cerveau ; au cours d'abcès ou de tumeurs, avec puérilisme (Dupré) ; au cours de méningites, surtout chroniques, avec alternatives de dépression et d'excitation ; au cours de ramollissement cérébral, traumatisme ou insolation. Ces affections en effet peuvent revêtir épisodiquement le masque de la folie, lorsqu'elles évoluent chez des sujets prédisposés aux réactions psychopathiques par leur hérédité vésanique, ou lorsqu'elles se compliquent d'alcoolisme.

Des *états d'excitation symptomatique* peuvent enfin s'observer au cours *des infections et des intoxications aiguës* : fièvre typhoïde, variole, pneumonie, grippe, puerpéralité, paludisme ; urémie, saturnisme, etc., etc.

Ces accidents psychiques, contemporains, le plus souvent, des premières périodes de l'infection, et dont l'histoire se rattache au chapitre du *délire fébrile* et des *délires toxi-infectieux*, se traduisent par de l'excitation, des troubles psycho-sensoriels, de l'égarement, de l'anxiété, des idées délirantes polymorphes, du désordre des actes et surtout de la : *Confusion mentale*.

Ce syndrome se caractérise essentiellement par la confusion des idées, qui peut aller jusqu'à l'état de stupidité. Cependant, « les états de confusion mentale ne doivent pas être confondus avec les états maniaques ou mélancoliques, auxquels ils ressemblent quelquefois par leur physionomie clinique extérieure : dans la manie, il y a suractivité des opérations cérébrales ; dans la mélancolie, le trouble fondamental est d'ordre émotionnel, c'est la tristesse avec dépression et idées délirantes secondaires, hypocondriaques, de culpabilité ou de ruine ; dans la confusion mentale, comme l'a fort bien dit Delasiauve, il y a torpeur intellectuelle, absence plus ou moins absolue d'idées, l'exercice de la pensée est entravé ou aboli. » (G. Ballet).

Or, cet état de confusion mentale se développe surtout et primitivement sous l'influence des intoxications et des infections, bien qu'il puisse aussi compliquer, à titre de manifestation secondaire et accessoire, d'autres affections mentales, telles que la manie, l'épilepsie, le délire alcoolique ou les affections cérébrales organiques.

En présence de la forme maniaque, l'internement s'impose le plus souvent ; mais en présence de la forme stupide ou simplement dépressive, l'alitement d'abord et le traitement à domicile sont excellents, pour deux raisons,

la première, comme l'ont montré MM. Séglas et Chaslin, c'est que le malade, gardé à la maison, s'y ressaisit plus vite ; la seconde c'est qu'il peut y recevoir facilement des soins, qui rentrent dans le cadre de la médecine générale.

En effet, dans les cas qui nous occupent en ce moment, nous sommes en présence de : *somato-psychoses*, et, en pareil cas, la décision qui s'impose avec urgence engage d'autant plus gravement la responsabilité du médecin que, pour la mesure à prendre comme pour le traitement à instituer, il est indispensable de reconnaître, dès le début, l'*étiologie somatique* du délire.

Les accidents enfin, que nous venons d'étudier, vont parfois jusqu'à réaliser, au terme extrême de leur intensité, et en cas d'infection suraiguë ou hypertoxique, le tableau de ce qu'on nomme, en psychiatrie, le *délire aigu* (*Delirium acutum*).

« Il meurt, dit Calmeil, dans les maisons de fous, peu de temps après l'invasion du délire, un certain nombre de sujets dont l'état maladif paraît général et bien difficile à caractériser. Le malade est en proie à l'agitation la plus vive, ses membres sont continuellement en mouvement ; il parle avec volubilité et sans qu'il existe de suite, de rapport entre les paroles qui lui échappent ; il paraît obsédé par des hallucinations ou de fausses sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, sa figure est altérée, ses yeux sont rouges, châtieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes ; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante ; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive, l'expulsion continuelle. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repousse avec une sorte de précipitation dont il ne peut se rendre

maître. Sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses. Enfin, il succombe du cinquième au dixième jour et l'autopsie ne donne pas l'explication de ces funestes accidents. Quelques sujets sont assez heureux pour rentrer dans les conditions ordinaires de la folie, et se rétablissent plus tard. »

A côté des états aigus d'excitation, en psychiatrie d'urgence, nous devons signaler les *états de dépression*, qui, bien qu'éveillant moins d'inquiétudes et de terreurs que les précédents, n'en comportent pas moins également leurs dangers et leurs indications immédiates.

Ces états sont surtout réalisés dans la mélancolie, et dans la mélancolie essentielle ; mais on peut les voir dans les mélancolies symptomatiques de l'épilepsie, de l'alcoolisme ou de la paralysie générale.

Or, ils relèvent de la psychiatrie d'urgence dans deux occasions principales : lorsqu'ils revêtent la forme de la stupeur et lorsqu'ils revêtent la forme de l'anxiété.

Chez les *mélancoliques avec stupeur*, l'immobilité, la concentration et le mutisme résultent du sentiment de profonde tristesse qui les accable et des idées délirantes qui en dérivent.

La sensibilité, concentrée sur un objet, semble avoir abandonné tous les organes ; le corps est impassible à toute impression, tandis que l'esprit ne s'exerce plus que sur un objet unique, qui absorbe toute l'attention et suspend l'exercice de toutes les fonctions intellectuelles. L'immobilité du corps, la fixité des traits de la face, le silence obstiné trahissent la contention douloureuse de l'intelligence et des affections. Ce n'est pas une douleur

qui s'agite, qui se plaint, qui crie, qui pleure, c'est une douleur qui se tait, qui n'a plus de larmes, qui est impassible.

Le plus souvent, pendant la nuit, le malade garde les attitudes les plus incommodes, qui révèlent sa soif de souffrance et son désir obsédant de pénitence ; quelquefois il reste à demi assis, le menton pressé contre la poitrine, pour cacher son visage et sa honte.

Tantôt le malade se laisse alimenter ; d'autres fois, soit stupeur, soit indignité, il refuse de recevoir et de déglutir les aliments et on est contraint de le nourrir à la sonde. On peut même rencontrer quelques-uns de ces malades, qui, par suite d'une *inanition prolongée*, sont dans un état de maigreur squelettique, de refroidissement et de cachexie aiguë tel qu'il réalise une des situations les plus pressantes de la psychiâtrie d'urgence. On peut rencontrer également cet état d'inanition prolongée dans la mélancolie avec anxiété.

Les *mélancoliques anxieux* représentent les mélancoliques actifs et gémissieurs. L'attitude et la manière d'être de ces malades sont bien différentes de celles des mélancoliques avec stupeur. Au lieu de concentrer leur douleur, les anxieux l'exhalent à tout venant. Quand l'idée délirante devient plus obsédante, ils accusent une véritable sensation d'angoisse. Enfin, dans les paroxysmes de leur anxiété, ces mélancoliques doivent être soumis à une surveillance rigoureuse, car le *suicide*, seul ou à deux, les *auto-mutilations*, plus rarement l'homicide et l'incendie, peuvent être la conséquence des raptus mélancoliques, beaucoup plus communs dans cette forme de la maladie que dans les autres.

« La tendance aux auto-mutilations et au suicide est presque la règle chez les mélancoliques, qui fournissent 50 0/0 des cas de mort volontaire observés chez les aliénés » (Morselli). Et ce n'est pas seulement pendant la période d'acuité de la maladie que le suicide est à redouter : un retour inopiné des idées tristes, au moment de la convalescence, peut faire surgir à nouveau le péril.

Afin de montrer jusqu'à quel point doit être poussée la surveillance de ces malades, nous citerons l'exemple suivant :

« Pour échapper aux visions effrayantes qui la torturent, une femme, soignée à l'asile Saint-Yon, s'arrache brutalement et complètement un œil de l'orbite, sans autre instrument que ses doigts, en présence du personnel de surveillance qui ne quittait pas son lit. Déjà, avant d'entrer à l'établissement, la malade s'était enfoncé dans le ventre un morceau de compas qui y était encore. »

Quand le mélancolique tue, c'est généralement pour empêcher sa victime de souffrir ; c'est ainsi qu'on voit des mères mettre leurs enfants à mort pour leur éviter les douleurs et les charges de la vie, puis se suicider. Le mélancolique religieux est particulièrement dangereux, il frappe souvent sous l'empire d'une hallucination de l'ouïe.

Enfin, après cette étude des mélancoliques, nous en aurons terminé avec les *états aigus* de la psychiatrie d'urgence, lorsque nous aurons dit que, dans la *folie à double forme*, la phase maniaque et la phase mélancolique sont passibles respectivement des mêmes remarques que la manie et la mélancolie.

Dans la phase maniaque notamment, il y a fréquem-

ment un érotisme très prononcé, qui peut donner lieu à des outrages et même des attentats à la pudeur.

La psychiâtrie d'urgence ne comporte pas seulement l'étude des cas aigus que nous venons d'envisager. « Elle s'applique à ces mille occasions diverses que créent, au cours des états chroniques d'aliénation mentale, soit une complication inattendue, soit une exacerbation subite des accidents, soit l'intercurrence d'un appoint infectieux ou toxique, soit enfin une situation critique, dans laquelle se trouve soudainement placé un délirant chronique ou un dément, par suite d'un trouble de la mémoire ou de l'orientation, d'actes extravagants, obscènes ou violents, d'un scandale public ou d'un délit, qui entraînent l'arrestation. Il ne s'agit pas, en pareille occurrence, d'une maladie aiguë, mais bien, au cours d'une maladie chronique, d'un incident plus au moins dramatique, qui met aux prises un aliéné avec la société, au milieu de laquelle il avait pu jusqu'alors évoluer sans encombre et sans dommage » (Dupré).

Ces incidents, d'ordre médico-légal, qui motivent l'intervention, auprès du malade, de l'autorité administrative et judiciaire, sont surtout fréquents au cours de la *paralysie générale*.

La dénomination, donnée souvent à la paralysie générale, de *démence paralytique*, a l'avantage d'en rappeler les deux signes caractéristiques, nécessaires et suffisants ; mais, dans un grand nombre de cas, d'autres manifestations interviennent et dont les plus importantes sont les *états délirants*. Ces troubles épisodiques, quelque bruyants qu'ils soient (excitation maniaque avec délire de grandeur, ou état mélancolique avec idées hypochon-

driatiques) ne doivent pas faire perdre de vue l'affaiblissement psychique primordial, grâce auquel ils ont pu se développer et dont ils conservent la marque.

Il est presque superflu d'insister sur l'importance capitale de l'étude de cette affection, une des plus graves et des plus communes de la médecine mentale. Il n'est pas de médecin qui ne puisse, à un moment donné, être appelé à intervenir dans un cas de ce genre ; la paralysie générale est en effet autant du domaine de la pathologie ordinaire que de la psychiâtrie.

Nous verrons combien il importe de ne point méconnaître l'affection à son début. Enfin, la connaissance approfondie de la démence paralytique est indispensable pour l'étude des autres formes de la folie.

Le début en est insidieux, lacunes de la mémoire et troubles de la parole ; ou bien bruyant, marqué par un délire surajouté. La marche est progressive ; schématiquement, les sentiments de dignité personnelle et de moralité s'effacent les premiers, et le paralytique n'en a aucunement conscience. Laissant de côté les principes qui l'avaient jusqu'alors guidé, le sujet obéit sans résistance à ses instincts et commet des actes insolites, indéliçats, immoraux.

Plus tard, éclatent, sans rien qui les modère, les manifestations brutales et réflexes des instincts surexcités ; c'est la période des impulsions violentes, des délits ou des crimes, actes qui dénotent tous, non seulement une excitation morbide des appétits, mais encore un état de démence. La personnalité est totalement transformée. Tout entier à la sensation de l'heure présente, le paralytique dépense une activité purement automatique.

Finalement, et la terminaison est fatale, le paralytique devient comparable à un anencéphale : dissolution complète de l'individualité psychique et vie végétative.

On voit, par ce rapide exposé de l'affection, qu'il faut, d'une part, la déceler au début pour ne pas se laisser surprendre par les manifestations réflexes de la période d'état ; d'autre part, que le pronostic est grave, puisqu'il comporte une terminaison fatale et, au point de vue médico-légal, un internement définitif.

Quant aux états délirants qui surviennent au début ou dans le cours de la démence paralytique, ce sont de véritables psychoses, greffées sur l'état d'affaiblissement intellectuel ; indépendantes de l'encéphalite chronique, elles peuvent manquer, elles peuvent aussi guérir malgré les progrès de la lésion.

Sans doute, ces symptômes accessoires ont leur valeur, surtout en psychiatrie d'urgence ; mais ils n'empruntent leurs caractères spéciaux qu'à ce fonds de démence qui constitue le substratum même de la paralysie générale et auquel, en fin de compte, nous serons toujours ramenés.

C'est pourquoi, voulant écrire un chapitre d'ensemble de la paralysie générale, nous traiterons ici d'états aigus, avec les psychoses à évolution chronique, dont la paralysie générale est le type.

Au début, outre les troubles de la mémoire, les modifications du caractère sont importantes. Suivant l'expression de l'entourage, le malade « n'est plus le même ». Rompant avec tout son passé, il devient irascible, jaloux, prodigue, immoral. Il commet, avec la plus parfaite innocence, des faux, des vols, des attentats à la pudeur ;

il court à la ruine, à la prison, à l'asile avec une puérile insouciance et toutes les apparences d'une entière satisfaction.

Cette période du début de la maladie a été justement nommée, par Legrand du Saulle, *période médico-légale*. Il n'est point d'affection mentale, en effet, dont la connaissance soit plus nécessaire au médecin expert et même au magistrat que la démence paralytique ; la fréquence des *erreurs judiciaires* dont sont victimes les paralytiques vient le démontrer. Et pourtant, ces actes médico-légaux, le malade les accomplit d'une façon si particulière que, pour qui sait voir, le paralytique général se révèle dans ce délinquant inconscient, naïf et maladroit.

Les *vols* sont parmi les plus fréquents de ces actes délictueux, et ils sont accomplis dans des circonstances bien caractéristiques. Le paralytique vole, sans préméditation, au hasard des rencontres, d'où la fréquence des *vols à l'étalage*. Le délit est plus souvent insignifiant, enfantin, absurde. Un paralytique s'empare, sous les yeux même du marchand, d'une huître, d'un soulier d'enfant ; un autre s'adresse à des sergents de ville, pour qu'ils l'aident à dérober une pièce de vin. Le sujet, pris sur le fait, en flagrant délit, avoue en souriant et passe souvent pour un mauvais plaisant, ou bien l'accusation tire parti de ce qu'elle taxe de comédie et de cynisme, et la condamnation est plus sévère.

Parfois, ce sont des *escroqueries*, des *faux en écriture*, des *abus de confiance*, commis dans les mêmes conditions. D'autres sujets sont arrêtés pour *vagabondage*, avec ou sans *mendicité* (paralytiques égarés et ne

sachant donner leur domicile), pour *coups et blessures, outrages aux agents, incendie, bigamie*.

Les tentatives de *meurtre* sont rares et absurdes :

Un malade, revolver au poing, demande à un agent l'adresse de l'homme qu'il veut tuer.

Une mère veut empoisonner sa fille et lui dit : « Bois ça, c'est pour te faire mourir que je te le donne ».

Les paralytiques généraux commettent fréquemment des actes d'immoralité (*outrages publics, attentats à la pudeur, exhibitionisme*) ; ces actes relèvent en partie de l'excitation génésique des formes expansives.

Ajoutons enfin qu'on peut voir ces malheureux sujets servir de *complices inconscients* à des malfaiteurs qui exploitent leur docilité enfantine et leur faiblesse intellectuelle.

La paralysie générale peut évoluer à l'état de simplicité, réduite à ses symptômes essentiels, mais, dans maintes circonstances, des traits nouveaux viennent modifier le tableau de la démence paralytique. Ces phénomènes surajoutés, plus ou moins bruyants (états délirants) accaparent parfois l'attention à leur profit, aux dépens des symptômes fondamentaux.

Il faut distinguer de la démence paralytique, incurable, ces épisodes curables, plus ou moins mobiles et passagers.

Or, il n'est guère de troubles délirants qu'on ne puisse observer : états maniaques et mélancoliques, avec leurs formes variables, délires ambitieux, hypocondriaque, mystique, érotique, idées de persécution et de négation, tous ces troubles peuvent se rencontrer.

Quelque variées que soient ces diverses psychoses,

elles ont des caractères communs : ce sont les délires d'un cerveau atteint d'une démence spéciale, la démence généralisée du paralytique. C'est de l'affaiblissement intellectuel en effet que tous les états délirants, auxquels il sert pour ainsi dire de base, tirent leurs allures quasi pathognomoniques ; c'est à lui qu'ils doivent cette incohérence, cette mobilité, qui forment avec les caractères des délires systématisés un si frappant contraste.

M. Falret a résumé les caractères communs des idées délirantes des paralytiques, en disant qu'elles étaient : multiples, morbides, absurdes et contradictoires entre elles.

C'est ainsi qu'un malade, qui a *toutes* les richesses et *toute* la santé (multiplicité), demande maintenant d'une voix dolente à faire son testament, car il sent sa mort prochaine (mobilité).

Un autre se dit millionnaire ; il ajoute qu'il est terrassier et gagne quatre francs par jour (contradiction). Enfin, une malade nous annonce son mariage avec un prince qui lui a fait cadeau d'un kilo de chocolat (absurdité).

Or, l'importance, au point de vue du diagnostic, de ces états délirants est considérable.

Cependant, ils ne constituent pas un élément nécessaire de la maladie.

« Pour estimer à leur juste valeur, les modalités délirantes multiples de la paralysie générale, il ne faut les considérer que comme autant de costumes, aux couleurs infiniment variées, dont le dément paralytique peut ou non s'affubler » (Magnan et Sérieux).

Il faut savoir seulement en tirer parti quand on les

rencontre. Leurs caractères spéciaux, de même que les caractères spéciaux des actes médico-légaux que nous avons étudiés, doivent mettre sur la voie du diagnostic et faire rechercher les symptômes psychiques et les signes physiques de la démence paralytique.

Nous avons déjà signalé les troubles de la mémoire, les modifications du caractère, nous y ajouterons la perte du sens de l'auto-critique et l'euphorie.

Quant aux signes physiques : accroc de la parole, tremblements, mouvements fibrillaires de la langue, abolition ou paresse des réflexes pupillaires, lymphocytose rachidienne, etc., nous n'avons pas à les exposer ici.

De la coexistence et de la subordination de ces différents symptômes se dégagera la connaissance capitale du terrain de démence paralytique. Or, c'est sur ce terrain qu'évoluent les *états aigus* surajoutés, qu'il nous reste maintenant à étudier.

Auparavant, nous voudrions rapporter un cas type de démence paralytique observé par le Dr Dupré.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, arrêté au moment où il brise la devanture d'un magasin, qu'il prétend avoir acheté pour ouvrir un restaurant, œuvre philanthropique, où il servira de gros morceaux de viande pour quelques sous, des paquets de cigarettes à deux pour 5 centimes ; il y fera fortune ; il nous invite tous à l'inauguration ; mais il est incapable de faire une addition et il ne sait pas dans quel mois nous sommes ; peu importe, il déborde d'enthousiasme et son espoir est illimité. En parlant, il achoppe, bredouille. C'est un cas type de paralysie générale, spécifiée par la démence, des idées de grandeur caractéristiques et l'embarras de la parole.

De véritables *accès maniaques*, avons-nous dit, sont fréquents, surtout au début de la paralysie générale. Leur intensité est variable, depuis la simple exaltation intellectuelle, jusqu'à l'accès proprement dit, avec encombrement des idées et désordre des actes, tel que nous l'avons décrit à propos de la manie aiguë. Mais le plus souvent, ces états maniaques, et c'est ce qui les caractérise, s'accompagnent d'idées de grandeur, d'euphorie et d'une excitation sexuelle, qui peut porter le sujet aux actes les plus graves. Les femmes recherchent les hommes sans aucune réserve ; des mères de famille, jusqu'alors irréprochables, se livrent à la prostitution, s'avancent le sourire provoquant et murmurent de leur voix hésitante, des propositions obscènes.

Les hommes se livrent à une débauche effrénée, poursuivant les femmes dans la rue, pratiquant l'onanisme en public, etc.

Quand l'automatisme des centres corticaux s'accroît encore, toutes les manifestations psychiques supérieures sont entravées par suite de l'incoordination généralisée. Dans ces états d'agitation maniaque *suraiguë*, le malade se dépouille de ses vêtements, se traîne sur les mains et les genoux, se roule à terre dans ses matières fécales ; il détruit tout ce qui est à sa portée, frappe le parquet, ne répond à aucune question, chante, pousse des vociférations, exécute les mouvements les plus désordonnés. L'alimentation devient alors souvent difficile, la langue est sèche, la fièvre s'allume et des complications redoutables peuvent survenir (Délire aigu).

Après ces états d'excitation et à côté du délire hypochondriaque de Baillarger, il faut citer de véritables *accès*

mélancoliques, accompagnés d'idées de culpabilité et de ruine, de craintes de damnation, d'idées de suicide. Des hallucinations pénibles entretiennent cet état délirant : le sujet entend des voix qui lui défendent de manger.

Dans des cas assez rares, les troubles sensoriels, devenant très actifs, peuvent déterminer des accès d'angoisse : le malade s'agite, crie, marche jour et nuit, accomplit même, parfois, des tentatives de suicide ou d'homicide. Une coexistence assez singulière, et qui a son importance au point de vue du diagnostic, est celle d'idées de grandeur.

La *stupeur mélancolique* peut aussi être observée : le malade est immobile, tantôt inerte, tantôt les membres raidis ; il est impossible d'obtenir de lui aucune parole ; les aliments sont refusés avec obstination.

Tels sont, au cours de la paralysie générale, ces états aigus d'excitation ou de dépression, qui rentrent bien dans le cadre de la psychiâtrie d'urgence.

Rappelons enfin, pour terminer, les cas déjà signalés où l'alcoolisme réalise un *syndrome paralytique fugace* de diagnostic et d'interprétation difficile.

D'après Magnan, « l'intoxication alcoolique, tantôt *produit* la paralysie générale, tantôt elle en *simule* les symptômes, tantôt au contraire elle les *masque* ».

On n'admet plus actuellement l'étiologie alcoolique univoque de cette affection ; mais on conçoit que la complexité du problème étiologique et clinique ait pu faire admettre l'origine alcoolique de la paralysie générale.

Nous en tenant aux cas de simulation des symptômes, nous dirons que, sous l'influence d'un appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit, et, avec elle se

développe souvent un délire polymorphe (ambitieux, mystique, hypocondriaque, de persécution), délire incohérent et mobile. Quelques malades présentent une certaine gêne de la parole, de l'inégalité pupillaire. D'autre part on apprend parfois qu'ils ont été arrêtés ne pouvant payer un fiacre, une dépense de restaurant : tous ces faits donnent l'idée d'une paralysie générale.

Comme l'amélioration est obtenue après quelque temps de séjour à l'asile, on dit encore « pseudo-paralysie générale », tandis qu'il s'agit en réalité de dégénérescence mentale, mise en activité par un stimulant alcoolique.

Après l'étude de la paralysie générale, nous pouvons ranger dans les cas chroniques, une étude non moins intéressante, celle des *délires de persécution*. Au point de vue psychiatrie d'urgence, nous pourrions nous contenter de décrire le délire de la persécution comme l'a fait Lasègue lui-même, cependant ce serait, à notre avis, faire un retour en arrière : il n'y a pas un délire de persécution, il y a des délires de persécution. Notamment on a l'habitude d'opposer le délire de persécution, phase du délire chronique à évolution systématique de Magnan, au délire de persécution, délire systématisé des dégénérés héréditaires ; d'une part le persécuté halluciné, d'autre part le persécuteur raisonnant ou persécuté-persécuteur. Dans le premier cas le délire est évolutif et tardif, l'individu est normal jusqu'au début de l'affection ; dans le second cas le délire est précoce et d'emblée, l'individu est un hérédo-dégénéré.

Si nous prenons le cas de la *psychose systématique*

progressive, nous voyons succéder, à la période d'incubation ou des interprétations délirantes, la période de persécution proprement dite, avec troubles de la sensibilité générale et hallucinations auditives. Au début de cette période le délirant chronique n'est généralement pas dangereux ; il trouble quelquefois l'ordre public, mais n'attente pas à la sécurité des personnes ; il cherche surtout à éviter ses ennemis, devient par exemple un aliéné migrateur (Foville) et peut se faire arrêter pour vagabondage. A partir de ce moment il en est qui, las de soutenir une lutte inégale contre leurs ennemis, se désespèrent et ne voient plus de refuge que dans la mort ; mais nombre d'autres s'arment et dès lors deviennent très dangereux. Ce sont souvent ces malades qui, sous le coup d'une hallucination, frappent un passant d'un coup de couteau ou de revolver. « Je ne connais pas, dit Tardieu, de fous plus abominablement dangereux que les hallucinés qui répondent par un coup de couteau à une insulte imaginaire, ou qui, de loin, déchargent une arme à feu sur un groupe où ils croient que l'on parle d'eux en termes outrageants. » D'autres fois ils désignent par leur nom les gens qui les poursuivent, ils leur font des menaces, les provoquent, les épient, se précipitent sur eux et quelquefois les tuent.

Selon le caractère du sujet et l'intensité des hallucinations, le délirant chronique réagit différemment. Certains s'en tiennent longtemps aux récriminations ; d'autres attaquent de très bonne heure, au début de la deuxième période, surtout s'il existe un appoint alcoolique. Quoi qu'il en soit, lorsque le délirant chro-

nique ne se borne plus à accuser un groupe d'individus, une société quelconque, mais, allant plus loin, circonscrivant davantage, désigne nommément un personnage déterminé, son attitude change, de persécuté il devient persécuteur, et la séquestration est urgente, car de la menace à l'acte, il n'y a qu'un pas souvent bien vite franchi.

A côté des persécutés hallucinés, nous allons étudier les *persécutés-persécuteurs*. Ces derniers sont avant tout des dégénérés héréditaires, c'est-à-dire qu'ils présentent d'une part des stigmates physiques de dégénérescence, d'autre part de véritables stigmates psychiques, connus encore sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires (Magnan). Ces épisodes, qu'il faut connaître, se caractérisent par l'irrésistibilité, l'angoisse concomitante, la conscience complète de l'état et la satisfaction consécutive à l'acte accompli, qu'on soit en présence d'une manie, d'une phobie, d'une impulsion ou d'une obsession. Or les délires systématisés prennent aussi chez les dégénérés des caractères spéciaux. Qu'il s'agisse d'un délire ambitieux, religieux, hypocondriaque ou de persécution, ce délire débute d'emblée, il est souvent polymorphe, de durée variable, mais ne parcourt jamais une succession de périodes déterminées. Dans d'autres cas, le délire est tout à fait analogue à une idée obsédante : il reste fixe, unique, sans tendance évolutive.

Les persécutés-persécuteurs, qui appartiennent à cette catégorie, présentent de temps à autre, des périodes d'exaltation maniaque, mais ils tirent surtout leur danger de leur lucidité même d'une part, et d'autre part, de leur persévérance et de leur ténacité inlassables.

Très pointilleux, rusés, menteurs, actifs et patients, les persécutés-persécuteurs mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques très développées au service de leurs sentiments maladifs, de leur haine profonde, de leur soif de vengeance.

Ils veulent redresser les torts, flétrir les dénis de justice, obtenir des réparations pour les prétendus dommages portés à leur fortune, à leur honneur et à leur considération. Si, au début, leurs discours et leurs démarches semblent ne tenir que de la passion, à mesure qu'ils s'exaltent, leur désir de rentrer dans leurs droits, de satisfaire leur vengeance n'a plus de frein et domine complètement leurs sentiments, leurs conceptions et toute leur volonté ; le caractère maladif devient évident. Très prolixes, très loquaces, ils accumulent leurs prétendues preuves, parfois avec beaucoup de logique, s'appuient sur des arguments tirés de la lecture du Code, sur des faits vrais auxquels ils ajoutent des compléments imaginaires ; ils peuvent ainsi en imposer et rendre difficile la distinction du vrai et du faux.

Quoi qu'il en soit, ils ne s'arrêtent pas à une longue période d'incubation, d'interprétations délirantes, comme les persécutés ordinaires : ils passent promptement de l'idée à l'acte. Ils s'adressent aux tribunaux, entament des procès, réclament des dommages-intérêts, écrivent des lettres, se tournent vers les journalistes, cherchent ensuite à gagner à leur cause les conseillers, les députés ; ils en viennent enfin aux écrits injurieux et aux menaces, aux cartes-postales et aux affiches, enfin aux tentatives de violence et de meurtre.

Dans certains cas, ce n'est pas le souvenir obsédant

d'une injustice subie qui poursuit le malade et arme son bras contre ceux dont il croit avoir à se plaindre ; mais c'est l'intérêt d'un parti politique, d'une classe sociale, le salut de la patrie qui le poussent au meurtre et, une fois installée l'idée qu'il peut, par la mort d'un homme, sauver tous ces grands intérêts, il va à son but avec la même ténacité aveugle que les sujets précédents. Tel est ce malade qui, par patriotisme, tire un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne.

D'après leurs tendances malades, les persécuteurs raisonnants peuvent être distingués en différents groupes, notamment les persécuteurs *processifs*.

A propos de ces derniers, nous allons dire quelques mots de la *séquestration volontaire* chez les persécutés. S'il est vrai, en effet, que les persécutés changent volontiers de domicile, ils peuvent aussi s'enfermer, se barricader pour se protéger, au besoin se défendre contre leurs ennemis. « Certains persécutés, plus méfiants, plus terrorisés et plus violents que d'autres, non seulement s'enferment, mais se munissent de provisions de bouche, d'armes à feu et de cartouches, prêts à soutenir un siège en règle contre leurs voisins, leurs parents, la police et les gendarmes. Ils organisent ainsi, à leur domicile, un véritable « fort Chabrol » dont les exemples abondent dans la littérature judiciaire et médico-légale. Or, ces cas de fort Chabrol sont d'observation plus fréquente chez les aliénés ruraux, persécutés processifs, à délire de dépossession et de revendication, qui s'insurgent contre les décisions des tribunaux, refusent de reconnaître la chose jugée et se préparent à recevoir, à coups de fusil, les agents chargés d'exécuter la loi. » (Dupré).

Après la catégorie des persécuteurs processifs, nous signalerons les *hypocondriaques* persécuteurs, qui, croyant un jour avoir été mal soignés par un médecin, en veulent à tous les médecins qu'ils rencontrent dans le cours de leur traitement et les persécutent quelquefois très activement ; citons encore les persécuteurs *filiaux*, croyant avoir trouvé un père, qu'ils persécutent de leur tendresse et de leurs revendications ; les *amoureux* persécuteurs : Teulat, l'amoureux de la princesse de B... en était un magnifique exemple.

En somme, le persécuté, qu'il appartienne à la variété des hallucinés ou à celle des raisonnants, est un aliéné essentiellement dangereux.

L'halluciné, en passant dans la rue, entend une insulte et frappe la personne qui se trouve auprès de lui à ce moment, croyant que c'est elle qui l'a injurié. Le raisonnant, qui est souvent un processif, s'en prend à toutes les personnes avec lesquelles il a affaire.

Ce sont aussi les persécutés raisonnants qui sont coutumiers des *manifestations d'éclat*, depuis les simples cris séditieux, le jet de manifestes dans l'enceinte du Parlement, les démarches à l'Elysée, les coups de feu tirés sur le passage de souverains, jusqu'aux attentats contre les personnages politiques ; leur but est d'attirer sur eux l'attention du public.

Bien plus, et ceci a une grande importance, avec la logique de leurs propos, ils en imposent pour la raison, si bien qu'il est parfois difficile de les faire considérer comme aliénés par le public et même les magistrats ; c'est pour eux qu'on crie à la séquestration arbitraire.

Les persécutés enfin ne commettent par seulement des

violences contre les individus ; mais ils se livrent aussi à des dégradations contre les propriétés des personnes dont ils croient avoir à se plaindre ; parfois ils incendient leurs demeures et leurs récoltes.

Il n'est pas rare, en dernier lieu, de voir les persécutés, traqués de tous côtés, ne pouvant rester nulle part, incapables de subvenir à leurs besoins par le travail, se faire arrêter pour vol ou vagabondage.

De toute cette étude il ressort que, pour le persécuté, l'internement s'impose ; or, chez le persécuté, la séquestration est habituellement suivie d'une rémission ; elle a en outre le double avantage de placer le délirant chronique et le persécuté-persécuteur à l'abri des causes d'excitation qu'ils rencontrent au dehors et de mettre obstacle à leurs agressions. Elle constitue ainsi une mesure qui sauvegarde à la fois leur propre intérêt et assure la sécurité publique.

Dans l'étude clinique des cas à évolution chronique de la psychiatrie d'urgence, nous devrions exposer, à la suite de la paralysie générale et des délires systématisés, les différentes variétés de démence.

Qu'il nous suffise de citer ici la plus fréquente et la plus caractéristique de toutes : la *démence sénile*.

Dans les démences en général, et dans la démence sénile en particulier, fréquents sont les cas de *vagabondage* pathologique, avec ou sans mendicité, consécutifs à des *fugues* ou à des *ictus amnésiques*. Ces ictus amnésiques ne frappent pas seulement les déments séniles, mais beaucoup de déments organiques au début de leur affection, de paralytiques généraux, quelquefois des intoxiqués ou des épileptiques. Ils laissent tout à coup le ma-

lade, sur la voie publique, désemparé, incapable de donner le moindre renseignement sur son identité, véritable épave de la société, livrée aux dangers de la vie active.

On doit rapprocher de ces ictus amnésiques, ces amnésies verbales que sont les différentes *variétés d'aphasie*, notamment les aphasies sensorielles.

Ces ictus encéphalopathiques, très fréquents, lorsqu'ils surprennent les malades sur la voie publique, créent pour eux des situations analogues aux précédentes. Or, s'ils n'appartiennent pas à la démence sénile en particulier, ils relèvent souvent de l'artério-sclérose cérébrale, et touchent à la sénilité,

Quoi qu'il en soit, les malades ainsi frappés, amnésiques, aphasiques, agnosiques, désorientés, plus ou moins confus et anxieux, donnent à l'entourage l'impression d'aliénés et, de fait, il est de toute nécessité pour eux de leur prêter assistance et de les isoler, momentanément, du monde extérieur. Mais, au bout de quelques heures ou de quelques jours, le malade retrouve tout ou partie des souvenirs perdus, son nom, son adresse, et lorsque, en prévision du retour de ces ictus amnésiques, une surveillance active peut être exercée par la famille ou l'entourage, l'internement n'est pas nécessaire.

Chez les déments enfin, il faut signaler : les *tentatives d'incendie*, dues à l'égarement et au désordre des actes ; les *tentatives de vol*, mais surtout les *attentats aux mœurs*, et, en particulier, chez les déments séniles, les outrages publics à la pudeur par *exhibitionisme*.

Telle est l'étude des cas chroniques de la psychiatrie d'urgence, cas où pullulent les épisodes médico-légaux ;

jointe à l'étude, si souvent dramatique, des cas aigus, cela fait une somme d'éventualités nombreuses et variées où, dans l'intérêt pressant du malade et de son entourage, s'impose la nécessité d'un diagnostic et d'un pronostic rapides. De cet examen, en effet, doivent découler fréquemment une décision administrative et toujours une thérapeutique d'urgence.

DIAGNOSTIC

Malgré l'importance évidente du diagnostic en psychiatrie d'urgence, il nous est impossible de développer longuement ce chapitre. Nous l'avons dit, ce n'est pas un traité que nous écrivons ; nous serions donc forcément incomplet, en ne choisissant que quelques types cliniques dont nous ferions le diagnostic différentiel.

D'autre part, nous nous sommes efforcé, en traitant de la clinique, de présenter les malades ou leurs délires avec leurs caractères spéciaux, capables de les faire reconnaître.

Enfin, et c'est là le gros argument : en psychiatrie d'urgence, le souci du pronostic doit l'emporter, dans l'esprit du médecin, sur la préoccupation du diagnostic.

« En pareil cas, dit le Dr Dupré, laissant de côté tout souci de précision nosographique, le médecin doit se préoccuper avant tout d'envisager la situation dans son ensemble, et de considérer la nature du syndrome qui se présente, de prévoir son évolution prochaine, la marche, la durée et les terminaisons des troubles psychiques. Il faut parer aux dangers les plus pressants, mesurer la résistance somatique du sujet, prévoir ses aptitudes réactionnelles contre lui-même ou contre autrui, et prendre une mesure conforme à ces données générales et au jugement rapide de la situation. »

Nous nous bornerons donc à exposer une sorte de règle à suivre en vue du diagnostic et du pronostic, dans l'examen des cas de la psychiâtrie d'urgence.

Nous rappellerons simplement la recherche des antécédents personnels, familiaux et surtout héréditaires dont l'importance est capitale en psychiâtrie.

L'âge a son intérêt (démences précoce et sénile) ; de même la profession (saturnisme) et le milieu (épidémies, paludisme).

Mais, plus particulièrement, lorsqu'on se trouve en présence des *cas aigus*, il faut immédiatement rechercher la cause possible des troubles psychopathiques, soit dans une infection, soit dans une auto-intoxication, soit dans une intoxication exogène ; il faut, en somme, rechercher si on a affaire à une psychose pure ou à une *somato-psychose*. Dans ce dernier cas, en effet, ce sont les troubles somatiques, cause efficiente, qui logiquement doivent être traités les premiers ; ils relèvent du reste de la médecine générale.

S'il s'agit d'*infection*, l'ancienne médecine du facies, abdominal, hippocratique, grippé ; le teint terreux, bilieux, vultueux ou livide ; les troubles respiratoires, circulatoires ou thermiques peuvent y faire penser. Les méthodes rapides du laboratoire pourront quelquefois être employées.

S'il s'agit d'*auto-intoxication*, les œdèmes, l'examen des urines mettront sur la voie,

S'il s'agit d'*intoxication exogène*, l'odeur de l'haleine, le facies si caractéristique et le tremblement trahiront l'alcoolisme ; les callosités trahiront le morphinomane ; le liseré de Burton, une paralysie trahiront le saturnisme,

Dans certains cas, surtout les cas chroniques, le cocaïnisme, le chloralisme, le bromisme, l'oxycarbonisme devront être recherchés.

A côté des somato-psychoses il faut citer la *néuro-psychose*, l'épilepsie. Celle-ci pourra se reconnaître instantanément aux cicatrices de la face ou aux morsures, anciennes ou récentes, de la langue, au linge mouillé d'urine.

Règle générale, il faudra toujours rechercher l'*association* possible d'une psychopathie déterminée avec l'alcoolisme, et tâcher de reconnaître la part qui revient à chacun.

Inversement, dans l'alcoolisme aigu ou subaigu, il faudra toujours, si le pouls est rapide, la langue sèche ou fuligineuse, la respiration courte, prendre la température, ausculter la poitrine et intervenir en tant que médecine générale s'il y a lieu.

« Bref, c'est souvent par l'application, non pas tant de ses connaissances spéciales que de son instruction générale, que l'aliéniste pourra estimer avec précision l'urgence d'une situation clinique, et arrêter les mesures médico-légales qu'elle comporte. »

Après la recherche des symptômes somatiques, l'étude des *réactions psychiques*.

Les signes psychiques s'apprécient d'abord à l'examen de la conduite générale du malade, de son attitude, de sa mimique, de ses gestes ; également de ses propos et de ses réponses. Ces signes sont, au moins en psychiatrie d'urgence, soit l'*excitation*, qu'il faut étudier dans son degré, sa forme, sa continuité, ses variétés et ses associations ; soit la *dépression*, avec ou sans stupeur ou anxiété,

avec ou sans amaigrissement dû à l'inanition ; soit la *confusion*, avec hébétude, somnolence, onirisme, agitation, etc. ; soit le *délire hallucinatoire*, visuel ou auditif, avec toutes les variétés de son contenu : persécution, grandeur, hypocondrie, et de sa couleur : érotique, mystique ou politique.

Ces différents syndromes peuvent apparaître sur un terrain déjà entaché soit de *débilité mentale*, soit de démence. Or, le niveau intellectuel, aussi bien dans les cas chroniques que dans les cas aigus, devra être, autant que possible, approximativement mesuré derrière les manifestations du désordre mental immédiat et apparent.

La débilité mentale se relève par les signes physiques de dégénérescence, véritables stigmates morphologiques, rarement uniques, et portant surtout sur la tête : asymétrie faciale, malformations crâniennes, adhérence du lobule de l'oreille, strabisme, troubles du système pileux et troubles congénitaux de la parole, c'est-à-dire bégaiement, etc. Le niveau de l'instruction et la connaissance des efforts faits pour s'y élever devront être recherchés, de même que l'état stationnaire ou rétrograde des notions acquises.

« De la combinaison des divers éléments recueillis à l'examen physique et à l'examen psychique du malade, se dégagera la conception générale d'un ensemble symptomatique simple ou complexe, aigu ou subaigu, ancien ou récent, relativement bénin ou immédiatement grave ; et de cette enquête découleront déjà des indications d'ordre administratif et thérapeutique », qui seront complétées par l'examen neurologique (Dupré).

Dans les *cas chroniques*, les méthodes d'examen res-

tent les mêmes. Plus particulièrement cependant, on peut ajouter ici une méthode pratique, imitée de la distinction entre psychoses et somato-psychoses, et consistant à rechercher si l'affection mentale relève d'une encéphalopathie organique ou d'une psychose sine materia. Or, le problème est presque toujours résolu par l'*examen neurologique*.

Comme en médecine générale, on recherchera attentivement les paralysies, les hémiplegies avec ou sans contracture, par l'exploration dynamométrique comparée, l'observation de l'attitude et de la démarche, l'appréciation du tonus facial, la réflexivité tendineuse, le signe de Babinski pour l'organicité, enfin la sensibilité, les fonctions sécrétoires et vaso-motrices, l'état des réservoirs.

Du côté des yeux on recherchera le strabisme, le nystagmus, l'étude des mouvements oculaires et l'hémi-anopsie. Du côté des pupilles l'inégalité et le signe d'Argyll-Robertson.

Les troubles de la parole ont, dans cette investigation neurologique, une importance de premier ordre ; ainsi que la notion des tremblements et des tics.

L'examen de l'écriture enfin est un précieux complément apporté à l'étude psychologique et neurologique du sujet.

On pratiquera, s'il est nécessaire, la ponction lombaire. Or, de toute cette enquête résulteront le plus souvent des données positives, capables d'éclairer, d'imposer un diagnostic à la base des constatations psychiâtriques. C'est ainsi que cela se produit le plus souvent à propos de la démence paralytique.

Très souvent, enfin, et nous y avons déjà insisté, le

fait médico-légal lui-même révèle la nature de la maladie, soit par ses caractères et les conditions dans lesquelles il s'est produit, soit par l'attitude que manifeste le sujet vis-à-vis de l'acte extravagant ou délictueux qu'il vient de commettre.

Lorsqu'on se trouvera, l'enquête neurologique étant négative, en présence d'une vésanie pure, l'enquête seméiologique devra être menée comme nous l'avons vu à propos des psychoses aiguës.

Il nous est impossible d'aborder ici le diagnostic différentiel des psychoses ; qu'il nous suffise d'insister sur le *mutisme*, qui loin d'être, comme on le croit ordinairement, un obstacle au diagnostic, est un sérieux appoint en sa faveur.

Il faut toujours se méfier enfin des *simulations* possibles, surtout lorsque l'enquête montre que le sujet peut avoir intérêt à agir ainsi.

Lorsqu'on ne trouvera pas cet intérêt et que l'on conservera néanmoins quelque doute, c'est alors qu'il faudra se souvenir de l'aphorisme de Lasègue : « Pour être simulateur, il faut être aliéné ».

Quoi qu'il en soit, le malade étant étudié, son affection définie dans l'ensemble et le pronostic probable établi, à partir de ce moment, le médecin doit être pénétré de ce sentiment qu'il va engager sa responsabilité morale et matérielle, dans une décision administrative toujours grave ou une application thérapeutique toujours urgente.

TRAITEMENT

Qu'elle doit être, en psychiâtrie, l'attitude du médecin ?

Il faut se souvenir, en toutes circonstances, que la perte de la raison est une maladie la plus intéressante et la plus douloureuse de toutes, et ne rien négliger de ce qui peut établir entre le médecin et ses malades des liens de sympathie et de confiance réciproques.

Pour arriver à ce résultat il n'est pas besoin de dissimuler son rôle et sa qualité ; devant un malade, à quelque catégorie qu'il appartienne, nous devons toujours nous poser en médecins, jamais sous aucun prétexte, en représentants d'une autorité administrative ou judiciaire, et au malade lui-même il faut toujours affirmer sa maladie. En effet, ceci est à la base de la psychothérapie, et faire, par exemple, des réponses dilatoires à un persécuté c'est fournir un aliment à ses interprétations. Donc la présence et l'attitude du médecin auprès du malade sont d'urgence, et la *douceur*, que n'exclut pas la sincérité, sera le seul moyen de suggestion efficace.

Nous sommes loin, sinon par le temps, du moins par l'évolution, d'une époque capable d'inspirer le tableau suivant : « A Bicêtre, à la Salpêtrière, dit Pariset, le vice, le crime, le malheur, les infirmités, les maladies les plus dégradantes et les plus disparates, tout était confondu comme les services. Les bâtiments étaient

inhabitables, les hommes y croupissaient, couverts de fange, dans des loges toutes de pierre, étroites, froides et humides, privées d'air et de jour, et meublées seulement d'un lit de paille qu'on renouvelait rarement et qui bientôt devenait infect : repaires affreux où l'on se ferait scrupule de placer les plus vils animaux. Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques étaient à la merci de leurs infirmiers et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de prison. Les malheureux malades étaient chargés de chaînes et garrottés comme des forçats. Ainsi livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus cruels traitements, qui leur arrachaient, jour et nuit, des cris et des hurlements, qui rendaient encore plus effrayant le bruit de leurs chaînes ».

Il faut arriver cependant vers 1793 pour voir les fous considérés et traités comme des malades. Personne n'ignore qu'à Ph. Pinel et à Pussin revient le mérite d'avoir préconisé la substitution des procédés de douceur aux moyens de contrainte brutale, dans le traitement des fous, d'avoir, au sens intégral du mot, brisé les chaînes des aliénés.

Actuellement, la camisole de force elle-même apparaît comme un moyen de contention ou de torture, exceptionnellement employé, et c'est à M. Magnan que revient le mérite d'avoir prononcé cette phrase décisive : « Tout grand agité, camisolé, est condamné à mort dans les quarante-huit heures ». Cette sorte de thérapeutique réflexe, fait remarquer le Dr Dupré, est doublement condamnable ; d'abord, parce que, en dissimulant les conséquences extérieures de l'agitation, elle ne supprime pas l'agitation elle-même ; ensuite parce qu'elle aug-

mente, dans des proportions rapides et considérables, l'excitation psychique et les effets de cette excitation sur le système nerveux et toutes les fonctions nutritives.

Chez tous les excités étroitement maintenus, la température s'élève, une auto-intoxication grave et progressive se déclare, avec état typhoïde, ataxo-adynergie, accélération cardiaque, imminence de collapsus et mort à bref délai. C'est l'application de la camisole de force qui créait les formes furieuses et presque fatalement mortelles du délire alcoolique, de la manie aiguë et de l'excitation épileptique.

Dans la plupart des cas, même si le personnel est insuffisant autour du malade, la camisole peut être remplacée par le chlorhydrate d'hyoscine, le spécifique de l'agitation pour le Dr Magnan. On l'emploie en injection sous-cutanée, à la dose de 1/4 et 3/4 de milligramme, et même plus, en commençant par 1/4 de milligramme, pour tâter la susceptibilité du sujet. La sédation est rapidement obtenue et la résolution musculaire dure assez longtemps, pour faciliter, par exemple, le transfert du malade : l'hyoscine fait donc partie de l'arsenal de la thérapeutique d'urgence.

Cet arsenal thérapeutique est très restreint ; les médicaments sont, en psychiatrie, d'ordre beaucoup plus général que spécial, avec ce fait particulier : l'urgence fréquente de la médication hypodermique.

Autrement importants sont les trois modes de traitement suivants : l'isolement, l'alitement et l'hydrothérapie.

Il est bon d'ouvrir une parenthèse et de dire pourquoi nous traitons de ce chapitre en psychiatrie d'urgence.

C'est que la psychiâtrie d'urgence ne se borne pas au transfert du malade dans un asile ou une maison de santé, et c'est ici le lieu de rappeler l'heureuse distinction établie par Régis, entre les *délirants d'asile* d'une part, et les *délirants d'hôpital* d'autre part. Sur les premiers nous aurons à revenir, à propos de la conduite à tenir en cas d'internement. Quant aux *délirants d'hôpital* qu'il suffit d'isoler, ce sont les pseudo-aliénés, atteints de troubles psychiques transitoires, secondaires à des infections, des intoxications, des traumatismes physiques ou moraux. Ces réactions psychopathiques, le plus souvent de nature confusionnelle, sont en général peu durables, subordonnées à la cause somatique qui les détermine et justiciables d'un traitement médical qu'on peut instituer en dehors de l'asile.

« Dans les hôpitaux actuels — écrit le D^r Dupré — il existe malheureusement bien peu de services d'isolement adaptés à la cure des somato-psychoses. Etant donné les préjugés du public contre l'internement et le discrédit dont pâtiennent plus tard les malades qui ont passé par l'asile d'aliénés, on comprend qu'il est du devoir du médecin d'épargner, dans la mesure du possible, à son client un internement qu'on peut éviter, en recourant, dans la psychiâtrie d'urgence, et même dans beaucoup d'autres cas, à l'hospitalisation ou au traitement dans un établissement hydrothérapique ou enfin à la cure à domicile. »

MM. Séglas et Chaslin avaient déjà insisté sur les bienfaits de la cure à domicile chez les mélancoliques non anxieux et surtout les confusionnels, en dehors de la période aiguë de leur maladie.

C'est encore la même conduite à tenir qui s'impose, lorsque le médecin conserve quelque doute sur l'existence d'une aliénation mentale véritable.

« En principe, dans les cas d'urgence, lorsque les ressources de la famille le permettent, il est préférable d'attendre, en présence de symptômes d'ordre somatique, aigus ou subaigus, que l'évolution ait permis de juger leur importance relative dans le syndrome et leur rôle dans la genèse des troubles psychiques, avant de recourir à l'internement. »

Dans tous ces cas, il faudra donc, au domicile du malade, assurer les conditions nécessaires au traitement. Avant tout le personnel devra être suffisamment nombreux, dévoué, exercé.

L'isolement dans la maison est, malgré les apparences, plus facile à réaliser qu'à l'hôpital, où l'agglomération des malades sera longtemps le gros obstacle matériel. L'isolement thérapeutique n'est du reste pas applicable à tous les cas : les confusionnels en particulier sont des désorientés, dont l'isolement ne fait qu'accentuer la désorientation (Séglas et Chaslin).

L'alitement, pratiqué systématiquement il y a une cinquantaine d'années, par Guislain, chez les maniaques et les mélancoliques, présente actuellement une vogue considérable et justifiée. Il régularise notamment les fonctions thermique et circulatoire, abaisse la courbe chez les excités, la relève chez les déprimés et ménage les ressources biologiques de l'individu. Les malades l'acceptent généralement bien, et ce n'est du reste que par la douceur ou la persuasion qu'il faut les y maintenir.

L'hydrothérapie enfin, quoique sommairement, peut être installée à domicile, avec l'enveloppement dans le drap mouillé comme excitant et le bain tiède comme calmant.

Notons l'usage parfois urgent du gavage par la sonde molle et la voie naso-pharyngienne, et nous en aurons terminé avec cet exposé des moyens thérapeutiques d'usage courant, et immédiat.

Nous n'avons pas parlé, avec intention, du traitement des affections somatiques — telles que la pneumonie — occasionnelles ou accidentelles chez nos malades ; il faudra toujours y penser chez des sujets souvent surmenés et incapables de se plaindre ou de répondre : c'est là que la vieille clinique du facies, de la langue, du pouls et du thermomètre reprendra ses droits.

Avant d'aborder le côté médico-légal de la conduite à tenir en fait d'urgence, c'est-à-dire l'internement, est-il besoin d'ajouter que les moyens ne manquent pas au médecin, lorsqu'il se trouve en présence des cas précédemment envisagés, c'est-à-dire permettant ou nécessitant le traitement à domicile, mais lorsque la famille s'y refuse, le plus souvent forcée par la raison pécuniaire. Chez les indigents, il faudra conseiller l'évacuation sur l'hôpital, d'où le malade, si l'aliénation mentale se confirme, pourra ensuite être facilement dirigé sur l'asile.

Pour les autres, reste l'établissement hydrothérapique. Il faut savoir cependant qu'il offre des garanties insuffisantes aux mélancoliques, et n'admet les maniaques, les délirants systématisés, qu'en violant ses propres statuts et les prescriptions légales, qui lui interdisent de recevoir des aliénés, c'est-à-dire des malades insuffisamment

conscients de leur état, ou qui n'admettent l'isolement que contraints et forcés.

En procédant par exclusion, lorsqu'un malade ne peut être gardé ni à domicile, ni à l'hôpital, ni dans un établissement hydrothérapique, il doit être dirigé sur la maison de santé ou sur l'asile et nous rentrons ainsi dans le cas de l'internement, avec toute son importance et, le plus souvent, son urgence médico-légale.

L'*internement* est un acte excessivement grave, non seulement vis-à-vis du malade et de sa famille, fait sur lequel nous avons insisté ; mais encore vis-à-vis du médecin dont il engage la responsabilité morale et matérielle. Il nous faut donc définir exactement l'*aliéné*, car, si l'isolement est une mesure purement médicale, s'adressant à de nombreux psychopathes, l'internement est une mesure à la fois médicale et administrative qui ne s'adresse qu'aux aliénés. Qu'est-ce donc que l'aliéné ?

Dupré le définit ainsi : « L'aliéné est un sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes étranges, non motivés pour ceux qui l'observent, dangereux pour lui-même et pour les autres, et qui, de ce fait, est justiciable des mesures de protection que lui assurent les lois, vis-à-vis de lui-même et de la société. »

Nous plaçant au point de vue pratique, nous allons passer successivement en revue les débiles, les déments, les déséquilibrés et les délirants, et voir parmi ceux-ci à qui convient le terme d'aliéné, à qui s'impose l'internement. Cette division est due au Dr Dupré, qui l'appelle : la division des quatre D.

Un grand nombre de *débiles* sont des sujets manifestement incapables de vivre dans la société, sans

l'assistance continue et la protection attentive de leur entourage : tels les idiots ; d'autres sont des sujets, non seulement incapables de vivre par eux-mêmes sans aide et assistance, mais susceptibles, si on cesse de les surveiller, d'actes reprehensibles et dangereux : tels les imbeciles.

Parmi les *déments* existent beaucoup de malades que leur affaiblissement intellectuel condamne à une tutelle et une surveillance continuelles, parce qu'ils sont devenus incapables de participer à la vie ordinaire. On doit les protéger contre eux-mêmes et contre autrui ; on doit aussi protéger la société contre leurs actes souvent dangereux. Tels sont les paralytiques généraux, les cérébraux organiques intellectuellement affaiblis, les déments séniles, les psychopathes devenus déments.

La classe des *déséquilibrés* comprend, à côté d'une foule de sujets capables de vivre au dehors et de remplir dans la société, souvent avec éclat, un rôle utile, un grand nombre de malades qui deviennent momentanément aliénés, des sujets que des occasions étiologiques très variées précipitent dans un état d'aliénation temporaire et qu'on doit alors soustraire à leur milieu et mettre sous la protection légale du régime de l'internement. Tels sont les prédisposés, subitement pris, pour une raison ou pour une autre, d'un accès maniaque ou mélancolique, tels sont certains grands obsédés, certains perversis sexuels ; tels sont surtout les impulsifs, parmi lesquels, les kleptomanes, les pyromanes, les homicides, les suicides, les dipsomanes, etc. . . représentent des malades essentiellement dangereux pour la société et pour eux-mêmes. Tels sont les dégénérés, parmi lesquels les

— —

maniaques raisonnants, les fous moraux, les *persécutés-persécuteurs*, les grands excentriques instables et agités, aux actes désordonnés et incohérents, les psychopathes vicieux et criminels, délinquants récidivistes, déséquilibrés plus ou moins débiles qui louvoient sur les frontières du crime et de la folie, les psychopathes alcoolisés, enfin tous ces cerveaux invalides, incomplètement et irrégulièrement développés, qui forment, avec les derniers malades énumérés, le contingent innombrable de ces déshérités, qui végètent tour à tour dans les asiles, dans les prisons, dans les refuges, les dépôts, les maisons d'assistance ou de répression, et cette immense population flottante qu'une irrémédiable misère psychologique voue au vagabondage, à la mendicité, au vice, à l'alcoolisme et à toutes les déchéances physiques et morales.

La classe des *délirants* est celle qui compte le plus grand nombre de malades que leur état d'aliénation amène devant le médecin légiste. Tous les délirants chroniques sont, au sens médico-légal du terme, des aliénés. Les hallucinés et les paranoïaques sont, par la nature même de leur affection, exposés à des réactions défensives ou agressives des plus dangereuses pour autrui et pour eux-mêmes ; ils réclament par conséquent des mesures précoces et prolongées de sauvegarde et de protection qu'on ne peut appliquer qu'avec le régime de l'internement. Les délirants aigus, avec agitation, inconscience, hallucinations multiples, impulsions violentes, que l'état d'aliénation relève d'une névrose comme l'épilepsie, ou d'une intoxication comme l'alcoolisme, doivent également être surveillés de si près que, le plus souvent, leur place est à l'asile.

Nous avons montré au contraire que les délirants subaigus toxiques ou infectieux, avec état de confusion mentale, lorsque leur crise psychopathique n'est ni trop violente, ni trop prolongée, appartiennent, autant que faire se peut, aux délirants d'hôpital et non aux délirants d'asile.

Si nous récapitulons les éléments essentiels de cette revue générale des cas d'aliénation mentale, nous voyons que les malades de nos deux premières classes, les débiles et les déments, peuvent être opposés, d'une manière générale, aux malades des deux dernières classes, les déséquilibrés et les délirants.

Les premiers, caractérisés principalement par leur faiblesse mentale, leur insuffisance psychique, congénitale ou acquise, ont surtout besoin d'assistance et de protection vis-à-vis d'eux-mêmes ; ces malades sont, avant tout, des incapables, destinés à vivre en marge et aux dépens de la société : ce sont, moralement, des *mineurs* et, pratiquement, des *extra-sociaux*. Les seconds au contraire, les déséquilibrés et les délirants, vis-à-vis desquels s'imposent le plus souvent des mesures défensives, représentent des malades plus dangereux qu'incapables, et qui, moralement, sont des *nuisibles irresponsables*, et, pratiquement, des *anti-sociaux*.

Or, la société remplit précisément, dans l'internement des aliénés de toutes catégories, ces deux indications majeures : protection de la société contre un malade dangereux, protection du malade contre lui-même.

L'opportunité du placement se déduit en somme des deux circonstances suivantes :

1° De la maladie elle-même, de sa nature, de sa durée, de sa terminaison probable ;

2° Du milieu dans lequel se trouve le malade ; la famille est-elle en situation matérielle et morale de lui assurer les soins et la surveillance dont il a besoin, ou bien, au contraire, est-il abandonné à lui-même, dépourvu de ressources.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'internement a été décidé par le médecin, quelle est la conduite à tenir ?

Le médecin qui s'occupe des aliénés, même accidentellement, a, vis-à-vis des autorités administratives et judiciaires, des obligations qu'il ne peut ignorer. Or, il existe une loi qui, quoique ancienne, fixe actuellement le régime des aliénés ; cette loi fut signée par Louis-Philippe, au palais de Neuilly, le 30 juin 1838.

Le choix de l'établissement, privé ou public, ayant été laissé aux soins de la famille, la loi distingue, pour les aliénés, deux sortes de placements :

1° Le placement *volontaire*, s'appliquant à tout individu atteint d'aliénation mentale, quelle qu'en soit la forme ;

2° Le placement *d'office*, visant uniquement les personnes dont l'état d'aliénation mentale compromet l'ordre public et la sûreté des personnes.

Pour effectuer le premier, un certificat médical est indispensable ; le second peut avoir lieu sur un ordre motivé du préfet de police à Paris, ou du préfet départemental en province. En pratique, il est extrêmement rare qu'un préfet prenne un arrêté de cette nature sans avoir fait, au préalable, examiner l'aliéné par un médecin. La formalité la plus importante pour le placement soit volontaire, soit d'office, est donc le *certificat médical*.

Légalement, cette pièce doit :

- 1° Constater l'état mental du malade ;
- 2° Indiquer les particularités de la maladie ;
- 3° Formuler des conclusions.

Soit, par exemple :

« Je soussigné (état-civil du docteur) certifie que (état-civil du malade) est atteint d'*aliénation mentale*. Cette affection présente les particularités suivantes : (délire, hallucinations, tendances morbides, actes délictueux ou agressifs).

Dans ces conditions, il y a nécessité de faire traiter X dans un *établissement spécial* et de l'y maintenir enfermé ».

On voit par là qu'il n'est pas nécessaire de porter un diagnostic précis de la variété morbide de l'aliénation.

Il ne faut pas oublier de dater le certificat, qui n'est valable que pour *quinze* jours, et si le certificat est écrit sur papier libre, il faut le faire suivre de la mention : *délivré gratuitement*.

Il est bon de savoir que les asiles publics, à Paris, ne se chargent pas du soin de chercher le malade à domicile et, quand il est impossible de venir à bout du malade et que celui-ci se montre dangereux, il faut s'adresser aux autorités (commissaire de police ou maire) ; mais le médecin devra, en ce cas, signaler dans son certificat que le malade devient immédiatement dangereux, et changer la formule des conclusions en écrivant :

« Dans ces conditions, l'état d'aliénation de X compromet l'ordre public et la sûreté des personnes, il y a donc urgence de le placer dans un asile d'aliénés et de l'y maintenir enfermé. »

A Paris, nous avons vu comment les placements

d'*office* s'effectuaient par l'intermédiaire de l'infirmier spéciale du dépôt.

Nous terminerons enfin par quelques mots de *déontologie médico-mentale* :

Un médecin qui, même de bonne foi, a délivré un certificat ayant permis de faire interner un individu non aliéné, est civilement responsable de cette séquestration arbitraire.

Au point de vue du secret médical, l'aliénation mentale n'étant pas un de ces cas où la loi oblige le médecin à se porter dénonciateur, ce dernier donc est tenu au secret professionnel.

Il est des cas embarrassants : un malade, par exemple, présente des impulsions homicides ; le devoir du médecin est alors de prévenir le malade et la famille, d'insister en vue d'un placement volontaire ; mais rien ne prouve que le malade cède à ses impulsions ; il est des obsédés et des impulsifs qui parviennent à se maîtriser toute leur vie ; par conséquent, on n'est pas en droit d'affirmer qu'un individu atteint d'impulsions homicides frappera prochainement, le placement d'*office* ne s'impose pas et le médecin n'a pas le droit de se livrer à une dénonciation, la loi de l'y autorise pas.

L'internement d'un aliéné ne doit être divulgué par aucun des médecins en ayant eu connaissance dans l'exercice de leur profession.

Enfin, dans tous les cas semblant prêter à discussion, « nous conseillerons à nos confrères de se souvenir de la brève formule donnée par M. Bruno-Lacombe : Nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience à la place de la loi » (Brouardel).

CONCLUSIONS

Dans le cours de notre thèse, nous avons essayé de rester dans le domaine *pratique* de la psychiatrie d'urgence et c'est à ce titre que, d'une étude aussi variée, nous dégageons les conclusions suivantes :

1° Il existe une véritable psychiatrie d'urgence, comparable à la médecine et à la chirurgie d'urgence, et qu'on peut apprendre à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

2° En psychiatrie d'urgence, le médecin doit pratiquer un *examen somatique* et neurologique aussi complet que possible ; car la notion d'une infection, d'une intoxication, d'une névrose ou d'une encéphalopathie entraîne presque toujours des indications thérapeutiques immédiates et oriente souvent la conduite administrative à tenir.

3° En psychiatrie d'urgence enfin, la précision dans le diagnostic étant souvent difficile, c'est en général de l'étude approfondie du *pronostic* que se dégagent les indications de l'internement. C'est à cette proposition — journallement appliquée à l'Infirmerie spéciale — que bien des sujets, atteints de troubles momentanés de l'esprit, doivent le bénéfice d'échapper à un internement hâtif et inutile.

BIBLIOGRAPHIE

Ballet. *Traité de pathologie mentale.*

Dupré. Définition médico-légale de l'aliéné. *Bull. méd.*, février 1904.

— L'œuvre de P. GARNIER. *Annales de médecine légale*, juin 1905.

— L'œuvre de l'Infirmier spéciale. *Bulletin médical*, 1905.

— Revue polyclinique des démences. *Conférences de 1906.*

— Polyclinique des psychoses alcooliques. *Tribune médicale*, mars 1907.

— Polyclinique des psychoses hallucinatoires chroniques. *Encéphale*, 1907.

— La Psychiatrie d'urgence. *Presse médicale*, 1910.

Falret. *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.* 1889.

Féré. *Traitement des aliénés dans les familles*, 1905.

Garnier. *La folie à Paris.* 1890.

— *Internement des aliénés.* 1898.

— Les amnésies. *Bulletin médical*, 1905.

Lasègue. Alcoolisme subaigu. *Archives générales de médecine*. Mai-août 1869.

Magnan. Alcoolisme.

— Epilèpsie.

— *Leçons cliniques (Délire chronique)* de 1893.

Magnan et Sérieux. *La paralysie générale.*

Pactet et Colin. *Aliénés méconnus et condamnés.* 1904.

(On trouvera, dans le Traité de G. BALLET, de nombreux index bibliographiques).

Vu :

Le Président de la Thèse,
WIDAL.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

P^r Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

